

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

**EQÜIDADE E DESCENTRALIZAÇÃO:
OS MITOS DO SUS**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA À ESCOLA
BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO
PÚBLICA PARA A OBTENÇÃO DO GRAU
DE MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO
PÚBLICA

MARIA ISABEL FERREIRA DE SOUZA

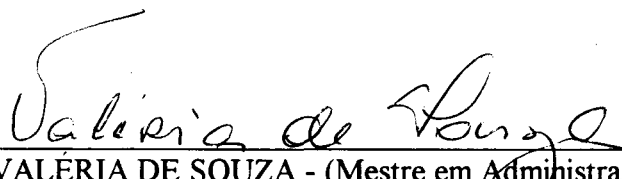
Rio de Janeiro, 1997

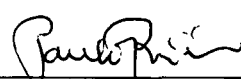
FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

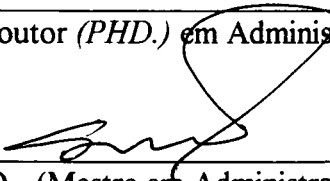
EQÜIDADE E DESCENTRALIZAÇÃO: OS MITOS DO SUS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR
MARIA ISABEL FERREIRA DE SOUZA

E
APROVADA EM 19/03/97
PELA COMISSÃO EXAMINADORA


VALÉRIA DE SOUZA - (Mestre em Administração Pública)


PAULO REIS VIEIRA - (Doutor (PHD.) em Administração Pública)


SILVIA MARTA PORTO - (Mestre em Administração Pública)

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi configurado para ser um instrumento de justiça social, utilizando a estratégia de descentralização político-administrativa, com vistas à equidade, universalização e integridade das ações de saúde.

No entanto, após oito anos de aprovação e legitimação constitucional, o seu processo de implantação tem sofrido desvios na sua trajetória idealizada pela Reforma Sanitária.

Nesta dissertação serão enfocadas as possíveis causas dos obstáculos desencaminhadores do SUS, pontualizando duas questões conceituais: a equidade e a descentralização dos serviços de saúde.

A grande interrogação que permeia todo o trabalho está no questionamento sobre a factibilidade do SUS, enquanto um modelo teórico, realizado em moldes utópicos, passível de transformar-se em mais um mito do imaginário social brasileiro, do que uma efetiva política social, voltada para a obtenção de uma sociedade democrática e participativa.

ABSTRACT

The Unique System Health (SUS) was shaped to be an instrument of social justice, using the strategy of decentralization Politico-Administrative, according to the equity, universalization and integrity of the health actions.

In the meantime, after eight years of approval and constitutional legitimation, the implantation proceeding has resigned deflexions during the trajectory idealized by the Sanitarian Reform.

In this dissertation will be focalized the possible causes of the SUS misguiding obstacles, pointing out two conceiving questions: The equity and the health services decentralization.

The great interrogation that permeates all the work is through the questioning about the SUS possibility, while a theoretical model, realized in Utopian casts, passible to be transformed in more one myth of the brazilian social imaginary, than an effective Political-social, turned to the acquisition of a participating and democratical society.

**DEDICO ESTA DISSERTAÇÃO A MINHA ORIENTADORA VALÉRIA DE SOUZA
PELA PACIÊNCIA COM AS MINHAS HESITAÇÕES, PELO ESTÍMULO NAS
HORAS DE DESÂNIMO.**

AGRADECIMENTOS

PELO ESCRITÓRIO REGIONAL DO RIO DE JANEIRO:

**VÍVIAN HELENA VÍNCULA ARAÚJO
ÁLVARO ALVES DE NOGUEIRA
ROSILAINE ACCIOLI DE MEDEIROS CUNHA**

**PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:
ROSÂNGELA BELLO DOS SANTOS**

**PELA OPORTUNIDADE QUE ME DERAM EM CURSAR O MESTRADO E DE
CONCLUIR A DISSERTAÇÃO.**

ÍNDICE

O MITO DA IDADE DE OURO	8
CAPÍTULO Nº 1- INTRODUÇÃO	9
1.1- A SITUAÇÃO ATUAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	9
1.2- A ILHA DA UTOPIA	20
1.3- OS DIVERSOS TIPOS DE UTOPIA	23
1.4- OS MITOS E OS SEUS SIGNIFICADOS	28
 CAPÍTULO Nº 2- EQÜIDADE	 37
2.1- EQÜIDADE E DEMOCRACIA	40
2.1.1- DOCTRINA CLÁSSICA DO ESTADO	41
2.1.1.a- THOMAS HOBBS	42
2.1.1.b- JOHN LOCKE	43
2.1.1.c- JEAN JACQUES ROUSSEAU	45
2.1.2.- A DOCTRINA LIBERAL	48
2.1.2.a- A DOCTRINA LIBERAL UTILITARISTA	50
2.1.2.b- A DOCTRINA LIBERAL PLURALISTA	56
2.1.2.c- O WELFARE STATE	62
2.1.2.d- A CRISE DO WELFARE STATE.	69
2.1.3.- DEMOCRACIA PARTICIPATIVA	75
2.2- EQÜIDADE EM SAÚDE	78
2.2.1- EQÜIDADE EM SAÚDE E AS TEORIAS DE ESTADO	79
2.2.1.a- OS CONSERVADORES LIBERTÁRIOS	79
2.2.1.b- OS LIBERAIS	80
2.2.1.c- OS SOCIALISTAS DEMOCRÁTICOS	83
2.2.2- EQÜIDADE EM SAÚDE E OS INDICADORES SOCIAIS	86
2.2.2.a- INDICADORES DE OFERTA DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA	88
2.2.2.b- INDICADORES DE DEMANDA DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA	89
2.2.3- EQÜIDADES HORIZONTAL E VERTICAL	90
2.2.4- FORMAS DE IGUALDADE	91
 CAPÍTULO Nº 3 - DESCENTRALIZAÇÃO	 95
3.1- O PROCESSO DE CENTRALIZAÇÃO ESTATAL	96
3.1.1- A DESCENTRALIZAÇÃO NA TEORIA NEOLIBERAL	98
3.1.2- A DESCENTRALIZAÇÃO NA TEORIA PROGRESSISTA	101
3.1.3- DESCENTRALIZAÇÃO E IGUALDADE	103
3.1.4- A DESCENTRALIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE MUDANÇA	105
3.1.5- DIFERENÇA ENTRE DESCONCENTRAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO	108
3.1.6- PRINCÍPIOS E VERTENTES DA DESCENTRALIZAÇÃO	109
3.1.6.a- A VERTENTE HORIZONTAL	110
3.1.6.b- A VERTENTE VERTICAL	110
3.1.6.c - A VERTENTE ENTRE O SETOR PÚBLICO E O PRIVADO	111
3.2- DESCENTRALIZAÇÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE	112
3.2.1- TIPOLOGIA DE DESCENTRALIZAÇÃO	113
3.2.1.a- DESCONCENTRAÇÃO	115
3.2.1.b- DEVOLUÇÃO	116
3.2.1.c- DELEGAÇÃO	117
3.2.1.d- PRIVATIZAÇÃO	119

3.3-.MECANISMO DE FINANCIAMENTO DE DESCENTRALIZAÇÃO	121
3.3.1- ORÇAMENTO GLOBAL	122
3.3.2- TRANSFERÊNCIAS AUTOMÁTICAS	124
3.3.3 -TRANSFERÊNCIAS NEGOCIADAS	124
3.3.4- PAGAMENTO POR PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS PRÉ EXECUTADOS	124
3.3.4.a- REPASSES POR DIÁRIAS HOSPITALARES	125
3.3.4.b- PAGAMENTO POR ATO MÉDICO	125
3.3.4.c- PAGAMENTO PROSPECTIVO POR PROCEDIMENTO	126

CAPÍTULO Nº 4- EQÜIDADE E DESCENTRALIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO 128

4.1- A CENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL	132
4.1.1- PROGRAMA DE AÇÃO ECONÔMICA DO GOVERNO (PAEG)	132
4.1.2- PLANO ESTRATÉGICO DE DESENVOLVIMENTO (PED)	134
4.1.2.a- PLANO NACIONAL DE SAÚDE	135
4.1.3- PLANO DE METAS E BASES PARA A AÇÃO DO GOVERNO	135
4.1.4- I PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO (IPND)	136
4.1.4.a- PLANO DE PRONTA AÇÃO (PPA)	137
4.1.5- II PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO (IIPND)	138
4.1.5.a- SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE	138
4.1.5.b-PROGRAMADEINTERIORIZAÇÃODAS AÇÕESDE SAÚDEE SANEAMENTO (PIASS)	139
4.1.5.c- SISTEMA NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL (SINPAS)	140
4.2- A CRISE DA PREVIDÊNCIA SOCIAL	142
4.2.1- O MOVIMENTO SANITÁRIO E A REFORMA SANITÁRIA	143
4.2.2- PROGRAMA NACIONAL DE SERVIÇOS BÁSICOS EM SAÚDE (PREV-SAÚDE)	145
4.2.3- PLANO CONASP	146
4.2.3.a- SAMHPS/AIH	148
4.2.4- AÇÕES INTEGRADAS EM SAÚDE (AIS)	150
4.2.5- SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE (SUDS)	153
4.3- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	155
4.3.1- AS RAZÕES PARA A MUNICIPALIZAÇÃO	158
4.3.2- O ORÇAMENTO DE SEGURIDADE SOCIAL (OSS)	161
4.3.3- O FINANCIAMENTO DO SUS: A LEI ORGÂNICA DE SAÚDE (LOS)	163
4.3.4- A NORMA OPERACIONAL BÁSICA Nº 1/91	166
4.3.5- FLUXOS DE FINANCIAMENTO DO SUS	167
4.3.5.a- FLUXO REFERENTE À REMUNERAÇÃO DAS ALTAS HOSPITALARES	168
4.3.5.b- FLUXO REFERENTE AS ATIVIDADES AMBULATORIAIS	171
4.3.5.c- FLUXO REFERENTE AO FATOR DE ESTÍMULO A MUNICIPALIZAÇÃO DO SUS	171
4.3.5.d- FLUXO REFERENTE AO INVESTIMENTO DA REDE	171
4.3.6- AS CRÍTICAS SOBRE O NOVO FINANCIAMENTO DO SUS	172
4.3.6.a- A DESCENTRALIZAÇÃO TUTELADA DO SUS	179
4.3.7- A NORMA OPERACIONAL BÁSICA Nº 1/93	178
4.3.8- AS TRÊS FORMAS DE GESTÃO DESCENTRALIZADA	179
4.3.9- A NOB 1/93 E O FINANCIAMENTO DO SUS	181
4.3.9.a- O FINANCIAMENTO DAS ATIVIDADES HOSPITALARES	182
4.3.9.b- O FINANCIAMENTO DAS ATIVIDADES AMBULATORIAIS	182
4.3.10- CRÍTICAS A NOVA MODALIDADE GERENCIAL DO SUS	184

CAPÍTULO Nº 5 CONCLUSÃO	192
5.1- A UTOPIA DO SUS E OS MITOS DA DESCENTRALIZAÇÃO E EQUIDADE	196
5.2- AS POSSÍVEIS SITUAÇÕES DO SUS	199
5.2.a- A PRIMEIRA SITUAÇÃO POSSÍVEL: A DESAGREGAÇÃO DO SUS	199
5.2.b- A SEGUNDA SITUAÇÃO POSSÍVEL: A ESTABILIZAÇÃO DO SUS	203
5.2.c- A TERCEIRA SITUAÇÃO POSSÍVEL: A VIABILIZAÇÃO DO SUS	206
5.3- O SUS E OS MITOS OU OS MITOS DO SUS	207
 QUADROS	
QUADRO Nº 1- GASTOS HOSPITALARES EFETUADOS PELO SUS NO SETOR PRIVADO	12
QUADRO Nº 2- ORÇAMENTO DA UNIÃO E DIÁRIAS PAGAS PELO SUS	13
QUADRO Nº 3- CUSTO DE UM ENFARTADO NA REDE PÚBLICA E PRIVADA	13
QUADRO Nº 4- FUNCIONAMENTO DOS REPASSES DA UCA	170

O MITO DA IDADE DE OURO

Era crença entre os gregos e os latinos que a humanidade primitiva era perfeita, sem vícios e sem dores, plena de alegria e prazeres. Isso se daria nos tempos do reinado de Saturno, na época em que este deus, implacável devorador de suas crias, foi destronado do Olimpo por Júpiter, seu filho, que foi salvo da morte por sua mãe Réia (a Terra), esposa de Saturno.

Saturno, reduzido à condição de simples mortal, veio habitar no Lácio/Itália, reinando com bondade e transformando, com suas leis, homens ferozes em dóceis súditos. Era a Idade de Ouro, onde a igualdade das condições foi restabelecida; não havia servos nem senhores; não havia propriedade, pois todas as coisas pertenciam a todos, usadas de maneira comunitária.

No final do seu reinado, insensivelmente, a maldade começou a penetrar no coração dos homens. As pessoas, dantes virtuosas, começaram a transgredir as leis, e a justiça começou a declinar. A natureza, até então pródiga, que dava os seus frutos espontaneamente, continuou com os seus campos férteis, com as estações clementes, mas exigiu que os homens trabalhassem no cultivo da terra: a Idade de Ouro cedeu lugar à Idade de Prata.

Com o término do reinado de Saturno, havia na terra muita injustiça, mas a perversidade ainda não havia se revelado em todo o seu apogeu. Nesta Idade de Bronze, as inúmeras desavenças não mais permitiam o uso comunal dos bens; houve necessidade de haver partilhas, de se delimitar as propriedades e de se promulgar mais leis. Como permanecia vestígio de honestidade no coração dos homens, a terra ainda fornecia alimento em abundância, de modo a compensar o esforço empreendido no seu cultivo.

Não demorou muito e veio a Idade de Ferro, prenhe de injustiça e maldade. A violência, a traição, a libertinagem espantaram para os céus a Justiça, a Boa Fé e a Pudicícia. Vieram a miséria e as provações, pois a terra, como castigo, passou a esconder os seus frutos, exigindo que o homem a cultivasse e a regasse com seu suor.

Em homenagem a Idade de Ouro, havia na antiga Roma, as Saturnais, festas que começavam sempre em 16 de dezembro da cada ano. Durante quatro dias, tudo era alegria: os habitantes da cidade cessavam de trabalhar; os escravos podiam falar abertamente contra os seus amos, sem represália; as escolas e os tribunais ficavam de férias; trocavam-se presentes e ofereciam-se copiosos banquetes, onde os escravos eram servidos por seus senhores; não se executavam criminosos nem se empreendiam guerras.

Como em grego, Saturno é designado por Cronos (o Tempo), estas festas, no fundo, celebravam os tempos perdidos, resgatando, num presente fugaz, a feliz Idade do Ouro, que permanece até os dias de hoje como um ideal para a humanidade (Commelin, 1995).

CAPÍTULO Nº 1 - INTRODUÇÃO

A Saúde ou Hígia, filha de Esculápio e Lampécia, considerada pelos gregos uma divindade alegórica, era venerada pelo seu grande poder. Os romanos, que a renomearam Salus, consagraram-lhe vários templos, comandados por um colégio de sacerdotes. Eram apenas esses sacerdotes que tinham o privilégio de ver a estátua da deusa, arrogando para si o direito de serem os únicos a pedir pela saúde dos cidadãos e do Estado.

Sua representação consistia numa jovem sentada num trono, com a cabeça coroada de ervas medicinais, tendo na mão direita, um cálice medicinal e na esquerda, uma serpente (Commelin, 1995).

1.1- A SITUAÇÃO ATUAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde, estabelecido pela Constituição de 1988, foi considerado um marco no sistema sanitário brasileiro pelo reconhecimento do direito à saúde como um dos direitos fundamentais da pessoa humana.

Entretanto são passados sete anos após a promulgação, pela Constituição, do Sistema Único de Saúde (o SUS) e o modelo de saúde idealizado para ser o fulcro gerador de grandes transformações revelou-se falho em todos os sentidos.

Segundo dados publicados, em outubro de 1995, na Revista do Incor, num artigo assinado por Stella Galvão, são em média 110 milhões de brasileiros a serem atingidos pela cobertura assistencial do SUS, de acordo com a universalização prevista.

Parte desta clientela, a de maior poder aquisitivo, é disputada pelas grandes empresas de saúde que, junto com a rede conveniada e as seguradoras de saúde, constituem o segmento privado inserido dentro do Sistema Único de Saúde.

No programa de saúde que serviu de plataforma eleitoral para o atual Presidente da República Fernando Henrique Cardoso (1994) consta, como aspiração do candidato, a aplicação na área da saúde de no mínimo R\$ 80,00 anuais, por habitante.

Não obstante, o gasto per capita brasileiro, em 1995, ficou em torno de U\$ 67 por habitante, inferior a de outros países latinos: Argentina (U\$191), Uruguai (U\$ 167) ou Costa Rica (U\$ 152), cujos valores se referem apenas à área pública. Enquanto os costarriquenhos utilizam 7,5 % da riqueza nacional para o setor saúde, o Brasil aplicou apenas 2,5 % do seu PIB (Galvão, 1995).

O valores pagos, ao setor conveniado, por consulta médica, há cerca de dez anos atrás, orçavam em torno de U\$ 5; no ano de 1995, este pagamento tem um valor irrisório de R\$ 2,04.

Ainda segundo Galvão, para este mesmo ano, o governo destinou R\$ 13,9 bilhões para a saúde que, após o desconto das dívidas passadas, reduziu-se a R\$ 10,1 bilhões, sendo que R\$ 2,5 bilhões foi destinado para o setor privado.

A partir da década de 80, paralelo ao SUS, consolidou-se um sistema de atenção médica supletiva, composto por cinco modalidades assistenciais: a medicina de grupo, a autogestão, as cooperativas médicas, os planos próprios administrados por entidades assistenciais e o seguro-saúde.

À exceção do seguro-saúde, supervisionados pela Superintendência de Seguros Privados, os demais componentes do sistema privado funcionam sem qualquer regulação estatal.

O sistema público, com recursos insuficientes, tem que atender a população mais carente e ainda assumir as lacunas dos planos privados de saúde que, numa visão mercantil, não cobrem integralmente os riscos à saúde, selecionando os tratamentos mais lucrativos e deixando para o Estado os casos mais onerosos e prolongados: emergências, patologias cancerosas que precisam de terapias complementares de irradiação, cirurgias cardíacas de grande porte e AIDS.

Também são excluídas da lista de cobertura as doenças pré existentes, congênitas, crônicas, infecto contagiosas e terminais. Raros são o planos que atendem aos idosos, faixa etária mais susceptível a adoecer; poucos são os que pagam o tratamento de hemodiálise para os renais crônicos.

Desta maneira, os procedimentos de altos custos acabam sendo um ônus adicional aos cofres públicos, fato agravado pela prática comum dos hospitais filantrópicos conveniados transferirem para os hospitais públicos os casos de pacientes portadores de moléstias graves.

Conforme denúncia de André Medici, um economista da saúde, em entrevista à Stella Galvão, na referida Revista do Incor, para evitar o prejuízo causado pelo atendimento aos casos mais onerosos, os hospitais conveniados recorrem a artifícios contábeis, cobrando duplamente os procedimentos realizados, tornando possível a existência, no mercado, de empresas especializadas em faturar excedentes para a rede conveniada.

Seria um vil mercantilismo ou uma tentativa de sobreviver com a tabela do SUS, que utiliza uma listagem, com preços defasados, para pagar os gastos hospitalares?

Na realidade, para André Medici, quaisquer que sejam os motivos das fraudes, o desvio de recursos financeiros notabiliza o Brasil como uma nação que gasta muito, mas mal com a saúde.

Os quadros a seguir, copiados do artigo de Stella Galvão, publicados na citada Revista do Incor, trabalhando com dados referentes ao segundo semestre de 1995, demonstram a diferença entre os gastos realizados para executar alguns procedimentos na rede privada e o valor que é pago efetivamente pelo convênio SUS.

QUADRO Nº 1 GASTOS HOSPITALARES EFETUADOS PELO SUS NO SETOR PRIVADO. ANO 1995.

GASTOS HOSPITALARES (em R\$)		
	Hospital Particular	Tabela SUS
Cirurgia para implante de safena	10.000	2. 269,46
Diária simples	200 a 300	3,00
Diária em UTI*	400 a 660	109, 60**
Ressonância magnética do crânio	400 a 500	não cobre
Tomografia do crânio	250,00	69,40
Hemograma	30,00	2,08
* Não inclui honorários médicos, medicação e exames		
** Após o 3º dia, paga R\$ 56,03		

QUADRO Nº 2- ORÇAMENTO DA UNIÃO E DIÁRIAS PAGAS PELO SUS.

ANO 1995.

OS NÚMEROS DO SETOR	
Orçamento bruto para a saúde em 1995.....	R\$ 13,9 bilhões
Orçamento líquido	R\$ 10,1 bilhões
Total movimentado pelo setor privado	R\$ 2,5 bilhões/ano
Diária paga pelo SUS.....	R\$ 3,00
Custo de uma diária simples*	R\$ 37,00

* diária do setor privado.

QUADRO Nº 3- CUSTOS DE UM ENFARTADO NAS REDES PÚBLICA E PRIVADA. ANO 1995.

CUSTO DE UM ENFARTADO EM TERAPIA INTENSIVA CARDÍACA	
Rede Particular.....	R\$ 800,00/dia
Hospitais de primeira linha.....	até R\$ 3 mil
SUS.....	R\$ 109,00
Valor da consulta médica na tabela do SUS.....	R\$ 2,04

Os baixos valores estimulam as fraudes que, por estimativa governamental, deveriam apresentar um valor dentro do limite de 3% do total dos gastos; no entanto, considerando todas as irregularidades na estrutura hospitalar, os desvios estão em torno de 30%.

Em trabalho de auditoria efetuado, em 1995, pelo estado de São Paulo, foi verificado que, contrariando a estimativa oficial de 10%, havia hospitais regionais que, utilizando artifícios fraudulentos, internavam anualmente até 50% da sua população.

Segundo o atual Ministro da Saúde, Adib Jatene, a fraude é um dos fatores que mais ajuda a destruir o sistema de saúde, já debilitado pela insuficiência de recursos orçamentários.

Um outro fator que onera o sistema refere-se à baixa produtividade do serviço público. Profissionais que pouco produzem, com estabilidade funcional, garantida por lei, não podem ser demitidos: não há autonomia para recrutar, contratar, treinar, pagar e demitir pessoal, o qual, por sua vez, além de não receber qualquer tipo de treinamento e reciclagem, está desestimulado pelos baixos salários impostos pela política recessiva governamental.

Para o ministro, a saída para a crise financeira estaria na reaprovação pelo Congresso Nacional, do Imposto sobre Movimentação Financeira (IPMF), que com o novo nome de Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF), manteria a mesma alíquota de 0,25% incidente sobre o valor das movimentações financeiras efetuadas por pessoas física e jurídica na rede bancária.

O CPMF seria canalizado integralmente para a saúde como uma fonte de recursos emergenciais, destinada à prevenção e combate às endemias e ao pagamento da rede conveniada.

Apresentado como uma solução democrática, com matiz redistributivo, pois “o pobre que ganha salário mínimo não tem conta no banco e não usa talão de cheque”, este argumento robinwoodiano não encontrou ressonância junto ao segmento pagador de tributos da sociedade civil que, cansado de ser taxado inutilmente, sem ver a recompensa na melhoria das condições sociais, resiste à idéia de mais um novo imposto. Resiste e reage.

Em 12 de janeiro de 1996, o Jornal do Brasil publicou uma notícia, difundida por toda a *media*, onde o CONAR (Conselho Nacional de Auto-regulação Publicitária) abriu um processo ético contra o Ministério da Saúde por estar veiculando propaganda enganosa para o público.

No anúncio, o Ministério da Saúde divulgava supostas vantagens do SUS, apresentado como uma grande conquista para o país, dando a entender que o sistema funcionava muito bem, enquanto, segundo o CONAR, na realidade há “uma quase total incapacidade da rede pública em atender à demanda de serviços, com filas intermináveis nos postos e ambulatórios e faltas de vagas para o atendimento”.

Por sua parte, as lideranças médicas se insurgem contra as novas regras administrativas implantadas pelos governos estaduais: de São Paulo, como precursor e depois o do Rio de Janeiro, que encontraram uma nova forma de recrutar recursos humanos para a saúde, ao estimular dentro do setor público a formação de cooperativas médicas, sem que haja vínculo empregatício para os cooperados.

Pelo novo sistema, o hospital deixa de ser administrado pela prefeitura, que repassa dinheiro para a cooperativas formadas por médicos e funcionários, ativos e aposentados, da rede municipal de saúde.

Implantado em janeiro de 1996, as primeiras unidades médicas a receberem este novo sistema de gerenciamento, denominado Plano de Atendimento à Saúde (PAS), foram

o Hospital Municipal Doutor José Soares Hungria e o Hospital-Dia em Saúde Mental, ambos localizados em Pirituba, Perus, zona norte de São Paulo.

Pelo PAS, apenas os moradores da região podem utilizar-se dos serviços locais, precisando serem cadastrados, recebendo, em troca, uma “carteirinha” para ter direito ao atendimento ambulatorial, sendo que a emergência está livre desta exigência.

O profissionais que quiserem aderir ao PAS devem licenciar-se da prefeitura, passando a receber pela cooperativa; os recalcitrantes deverão ser transferidos para outras unidades.

O repasse financeiro da Prefeitura para a cooperativa foi estipulado em R\$10,00 por habitante-morador da região assistida pelo hospital. Com este dinheiro, os médicos terão que arcar com os custos da manutenção e com a compra de remédios; o que sobrar será rateado entre os cooperados, segundo a sua produtividade.

No Rio de Janeiro, a Secretaria Estadual de Saúde elegeu uma ex-unidade federal, o Hospital da Posse, em Nova Iguaçu, Baixada Fluminense, e o Hospital Estadual Rocha Faria, em Campo Grande, na Zona Oeste carioca para implantação de uma nova modalidade de cooperativa de saúde, a COOP-SAÚDE.

Os critérios da COOP-SAÚDE diferem da sua congênere paulista em alguns itens.

Para começar, não há obrigatoriedade dos funcionários em aderir ao novo sistema. Alguns são convidados, outros não. Quem não adere, permanece nos hospitais, trabalhando lado a lado com os cooperados.

A remuneração mensal dos médicos cooperativados é fixa: R\$ 1500,00 por 40 horas semanais de trabalho, sem direito às férias, ao 13º salário e à aposentadoria; em contrapartida, os médicos efetivos do serviço público estadual recebem, em média, por mês, R\$ 300,00 por 24 horas semanais (Jornal do CREMERJ, nº 66, p.2).

O governo estadual desobriga-se dos encargos trabalhistas, incentivando os médicos da cooperativa a depositarem em bancos o eufemisticamente chamado “seguro de lucro cessante” para a cobertura em caso de doença, além de estimulá-los a contribuírem para uma previdência privada (Jornal do CREMERJ, nº 66, p.10)

O sistema implantado no “arrepio da lei”, está ainda em fase experimental, sendo bombardeado pelas principais entidades representativas da saúde.

Afirmando que esta nova sistemática gerencial de unidades públicas limita o acesso universal à saúde e que este é o primeiro passo para a privatização, os Conselhos Regionais de Medicina do Rio de Janeiro e de São Paulo, as Associações de Medicina, paulista e fluminense, juntos com os sindicatos médicos regionais, tentaram impedir judicialmente a sua implantação, travando-se até o momento uma longa batalha jurídica acerca da legalidade das cooperativas, à luz dos pressupostos constitucionais do SUS.

Este quadro caótico da saúde, que culminou com a isenção do próprio poder local em gerenciar suas unidades de saúde, entra em contradição com todas as conquistas efetuadas pela Reforma Sanitária, a longo de várias décadas, para a implantação de um modelo de assistência à saúde, cuja estratégia é fundamentada na descentralização político administrativa, com reforço do poder público municipal.

A Constituição de 1988, junto com a lei nº 8 080/90 (a Lei Orgânica de Saúde - LOS) e a lei nº 8 142/90 traduziram legalmente os projetos e programas idealizados pela Reforma Sanitária, em busca do direito universal à saúde e da criação de um sistema único de serviço sob a égide do Estado.

Segundo Teixeira (1994), a Reforma Sanitária brasileira tem três dimensões temporais: o passado, o presente e o futuro.

A questão do **passado** estava focalizada na assunção da dívida social representada por 50 anos de crescimento econômico, divorciado de um sistema de proteção equânime

para um significativo contingente populacional, deserdado quanto à satisfação das mais elementares necessidades sociais.

*“Também foi projetada uma visão de **futuro** para a sociedade brasileira, ao tomar a igualdade como finalidade social, utopia democrática que deveria servir de parâmetro para reconstrução do sistema de proteção social em uma sociedade profundamente marcada pela diferenciação e segmentação societária.*

*A questão do **presente** dizia respeito à equação necessária entre uma herança autoritária e iníqua e a imaginação coletivamente desenhada, de uma sociedade igualitária. Em outras palavras, como construir as bases solidárias e participativas que garantissem esta transição” (p.41).*

O trecho em questão, foi transcrito na íntegra do excelente artigo de Sonia Maria Teixeira, Equidade e Reforma Sanitária: Brasil, com o qual a presente dissertação pretende dialogar.

Em primeiro lugar, a Reforma Sanitária é apresentada como um projeto que suplantaria a sua dimensão setorial ao ter como finalidade pretérita o resgate da dívida social, acumulada num passado iníquo, que atrelou a conquista de benefícios sociais ao desenvolvimento econômico.

Em segundo lugar, vemos a Reforma Sanitária como um instrumento eficaz e poderoso para a transformação de uma sociedade iníqua em uma outra melhor qualificada, onde predominam valores como participação, solidariedade, equidade, enfim, pedindo novamente emprestadas as palavras da autora, uma utopia democrática.

Seria a qualificação de utópica que daria este descompasso entre o idealizado pela Reforma Sanitária e o efetivamente realizado pelo SUS?

Quando lemos o amplo espectro de abrangência do SUS, fruto concreto dos ideais reformistas, ficamos maravilhados e conquistados pelo objetivos a serem alcançados; quando observamos o que se efetivamente se concretizou, ficamos desanimados e assustados: o SUS ficou um espectro da Reforma Sanitária.

Roberto Schwarz (1973), um filósofo das idéias, ao estudar o período escravocrata brasileiro, observou que os produtos culturais da época, os romances, os costumes urbanos estavam impregnados de uma ideologia liberal dissociada do regime vigente.

A Independência do Brasil, realizada em nome de idéias francesas, inglesas e americanas, promulgou, dois anos após, no reinado de Pedro I, a Constituição Brasileira de 1824 que, em parte, transcrevia a Declaração dos Direitos do Homem, forjada pela pujança do liberalismo norte-americano.

Numa sociedade recém descolonizada de Portugal, onde nas relações sociais predominavam o arbítrio e a política do favor, a transposição e a absorção pela cultura de um ideário alienígena entrava em contradição com a escravidão e com seus defensores, dando a sensação que “as idéias estavam fora do lugar”.

Tal é a mesma sensação que se tem quando lemos as propostas elaboradas pela Reforma Sanitária e o que vemos no cotidiano da implantação do SUS.

Idealizada a partir da Reforma Sanitária italiana, com propensão a copiar o modelo inglês de atendimento universal à saúde, a nossa reforma não conseguiu ainda transpor as letras mortas da Constituição, no que pese as leis complementares e a ajuda da Norma Operacional Básica nº 1/93, editada pelo Ministério da Saúde.

As metas progressistas foram desviadas, asfixiadas pelo estrangulamento de recursos financeiros, demonstrando a intervenção do neoliberalismo, que formou um atalho no percurso almejado.

Todas estas observações, mescladas por sentimentos negativistas em relação a real possibilidade de concretização do SUS nos moldes idealizados, levam a um outro questionamento em relação ao modo como foi elaborado a Reforma Sanitária:

“A proposição de um sistema igualitário em uma sociedade mais fortemente marcada pela diferenciação e segmentação sociais revela que o imaginário social brasileiro não se deixou contaminar por esta dura realidade e nem mesmo pelo sentimento de fracasso das utopias que se denominou como pós-modernismo” (Teixeira, 1994, p.51).

Nesta perspectiva, o SUS é encarado como uma Utopia, criada pelo imaginário coletivo, com a finalidade de propor um sistema social construído sob o critério de justiça e igualdade, à semelhança do Mito da Idade de Ouro.

O que vem a ser uma utopia: um local imaginário, um projeto irrealizável?

Se assim for, como esperar que uma construção utópica se adeque a uma realidade concreta?

1.2- A ILHA DA UTOPIA

A Utopia é um livro publicado, em 1516, pelo inglês Thomas More que, não concordando com a estrutura econômica vigente na Inglaterra, descreve uma sociedade ideal comunista. Ele o faz de maneira indireta, colocando na boca do português Rafael Hitlodeu, que lhe conta, durante todo o livro, a narrativa de suas aventuras na Ilha da Utopia (Thomas More, separata dos Pensadores, capítulo 15).

Ligada ao continente por um istmo, a antiga Terra de Abraxa, foi conquistada por Utopus que a isolou, transformando-a em uma ilha.

A Ilha da Utopia tem cinquenta e quatro cidades, onde a linguagem, os hábitos, as instituições e as leis são idênticas. Amaurota é capital da Ilha, sede do governo e do senado.

As terras são destinadas à lavoura, divididas de tal maneira que possam ser cultivadas por uma família agrícola, composta por quarenta indivíduos (homens e mulheres) e dois escravos.

Trinta famílias são dirigidas por um *filarca* (ou *sifogrante*); dez *filarcas* com suas trezentas famílias obedecem a um *protofilarca* (ou *traníboras*); os mil e duzentos *protofilarcas* elegem o Príncipe, em escrutínio secreto, escolhido a partir de uma lista com quatro nomes de cidadãos, proposta pelo povo.

Se o príncipe não for um tirano, tem um cargo vitalício; os *traníboras* e os *sifograntes* são nomeados anualmente.

A cada três dias os *traníboras*, junto com dois *sifograntes*, reúnem-se com o príncipe para arbitrar sobre os negócios do país; mas reunir-se fora do Senado e das assembléias do povo para deliberar sobre matéria pública é crime punido por morte, impedindo, assim, que o Príncipe e os *traníboras* conspirem contra a liberdade do povo.

Todos trabalham: a preguiça e a ociosidade são proibidas. O cultivo da terra é obrigatório: a cada ano, vinte agricultores de cada família regressam à cidade, após dois anos de trabalho no campo, sendo substituídos por outros vinte que ainda não trabalharam na terra.

Para abolir a idéia de propriedade individual, os utopianos trocam de casa de dez em dez anos, escolhendo novas moradias através de sorteios.

Existe, no centro de cada quarteirão das cidades, um mercado com todas as coisas necessárias para a subsistência, onde as famílias depositam as diferentes mercadorias que produzem. Qualquer pai de família tem o direito de retirar gratuitamente todos os produtos necessários para a sua sobrevivência, nada lhe sendo cobrado; como não existe ganância, apenas é retirado o indispensável.

Visando a paz interna, Utopus decretou a total liberdade religiosa, cada um professando a religião que quiser, de acordo com a sua consciência e fé.

Mas, em nome da moral, foram castigados todos aqueles que pensam que a alma morre com o corpo ou que o mundo marcha ao léu, sem admitirem que exista uma divina providência.

Desta maneira, os utopianos acreditam numa vida futura, onde os castigos punem os crimes e as virtudes são recompensadas.

Sendo epicuristas, os utopianos devotam-se aos prazeres mais refinados, considerando a saúde como a volúpia suprema.

Existem, em torno de Amaurota, a capital, fora de seus muros, quatros hospitais, que de tão espaçosos podem ser confundidos com quatro cidades. Dessa maneira, um doente com moléstia contagiosa pode ser isolado; o atravancamento e o acúmulo dos doentes são evitados, acelerando a cura das doenças. Antes dos víveres serem distribuídos para a população, os provedores de alimentos retiram do mercado aqueles destinados às enfermarias públicas. Os hospitais possuem um estoque abundante de remédios, além de outros materiais necessários ao restabelecimento da saúde.

“Os doentes são aí tratados com um cuidado afetuoso e assíduo, sob a direção dos mais hábeis médicos. Ninguém é obrigado a ir para lá; entretanto, não há quem, em caso de doença, não prefira tratar-se no hospital a tratar-se em sua casa” (More, 1972, p.236).

O livro Utopia encerra com a concordância do autor com tudo o que foi dito por Rafael Hitlodeu, considerado por ele um homem incontestavelmente muito sábio e muito hábil nos negócios humanos; termina com Thomas More confessando, sem dificuldade que “há entre os utopianos uma quantidade de coisas que eu aspiro ver estabelecidas em nossas cidades. Aspiro, mais do que espero” (p. 314).

1.3 - OS DIVERSOS TIPOS DE UTOPIA

Publicado na Inglaterra num período onde a liberdade de expressão era cerceada, num ambiente de intensa reformulação política e religiosa, o livro sintomaticamente recebeu o nome de Utopia, que em latim quer dizer não-lugar, lugar nenhum, nenhures.

Thomas More utilizou sua imaginação criadora ao descrever a possibilidade de uma vida melhor num local que não existia, num não-lugar, talvez numa tentativa de se proteger de um absolutismo monárquico (Coelho, 1992).

Tentativa vã, pois o autor de Utopia teve um fim trágico: foi condenado à morte, por decapitação, em 1535, ao discordar publicamente com o rei Henrique VIII, por não aceitar a cisão da igreja anglicana à autoridade papal romana e por ser contrário à anulação do casamento do monarca inglês com Catarina de Aragão.

Passados quatro séculos, a república imaginária de Utopia transformou-se em mais um mito do imaginário coletivo, simbolizando um projeto irrealizável, uma fantasia, um delírio, uma quimera, um lugar que não existe. Uma esperança maior do que a certeza...

Aliás, a esperança é um pensamento desiderativo inerente ao ser humano: ela é o refúgio para a realidade opressora, ao permitir que a imaginação criadora construa um mundo que ainda não é, mas possível de vir a ser.

Enquanto individualizada, a esperança, ou elemento utópico, apenas constrói sonhos, fábulas e quimeras; enquanto corporificada numa coletividade socialmente organizada, que comunga os mesmos desejos, as mesmas idéias, ela perde a sua intangibilidade, transformando-se numa força criadora, numa alavanca concreta para a mudança, constituindo a chamada imaginação utópica (Mannheim, 1976).

Segundo Coelho (1992), a manifestação mais popular da imaginação utópica tem sido a utopia política, onde se pretende uma outra vida qualitativamente melhor, configurada num novo arranjo político da sociedade, alicerçada em novas estruturas sociais.

O primeiro projeto utópico, de natureza política, que mais influenciou a formação do pensamento filosófico ocidental, foi escrito no século VI por Platão, que através da tríade A República, As Leis e Crítias organizou de forma sistêmica uma *polis* ideal, regida por leis que assegurariam a existência desta sociedade idealizada.

Para Coelho, tanto a Utopia de Thomas More, como a república platônica eram exemplos de sofocracia, isto é uma sociedade comandada pelos sábios.

Além desta semelhança, estes dois exercícios teóricos de mentalidade utópica constituíram-se em proto-modelos de construção de utopias políticas, tendo também em comum o fato de serem programas regressivos, postulando um retorno a uma idade de ouro perdida, situada nos primórdios da humanidade.

Ambas, a Utopia e a República platônica, são modelos ucrônicos, isto é, atemporais, pois arrancavam soluções do passado para projetá-las, reformuladas, num amanhã promissor, porém sem tempo determinado e definido, por não conceberem um devenir próximo, o futuro histórico.

Ainda de acordo com a perspectiva histórica de Coelho, foi somente a partir do século XVIII, com a Revolução Francesa, que as utopias perderam suas características de gênero literário ou discussões filosóficas, adquirindo uma nova função: a de servirem a propósitos revolucionários, instituindo, no presente, a possibilidade de melhorar um futuro tangível e próximo.

Na concepção de Mannheim (1976), existe uma diferenciação de utopias de acordo com épocas históricas e estratos sociais, uma vez que as classes sociais só se tornam agentes eficientes na transformação de uma realidade histórica, quando encontram suas

aspirações identificadas com um tipo cristalizado de mentalidade utópica, apropriada para as mudanças estruturais necessárias a esta transformação.

Metodologicamente, Mannheim classificou as mentalidades utópicas em quatro *tipos-ideais*: a) quiliástica; b) liberal-humanitária; c) conservadora; d) socialista-comunista.

O primeiro tipo de mentalidade utópica originou-se no período pós-medieval, mobilizando o campesinato na busca de um reinado milenar sobre a terra. Os quiliastas buscavam, através de experiências místicas e espirituais concretizarem seus desejos no presente completo e imediato, sem promover qualquer revolução social.

O segundo tipo, a mentalidade liberal-humanitária, elegeu “as idéias” como o elemento utópico por excelência; principalmente a idéia racional como norteadora para o caminho do progresso do homem (conquistado através das idéias de liberdade e igualdade), a ser efetivado num futuro indefinido (ucrônico), “cuja função consiste em proceder como um mero dispositivo regulador dos negócios mundanos” (Mannheim, 1976, p. 243).

Este tipo de mentalidade utópica não propõe qualquer revolução, ao contrário, ao colocar as mudanças nos plano das idéias, ela acentua a noção de uma mudança histórica a ser processada num prazo longínquo, em algum tempo distante, num futuro formal a ser alcançado através de um contínuo e ilimitado desenvolvimento do presente.

O pensamento liberal moderno encontra suas bases sociais representativas nos estratos médios, na burguesia e na classe intelectual.

Em relação ao terceiro tipo de mentalidade utópica, Mannheim afirma não existir no pensamento conservador uma predisposição apriorística para teorizar qualquer idéia de mudança ou revolução: desde que o projeto utópico em vigência esteja harmônico, ajustado à situação existente, a mentalidade conservadora se inclina a aceitar o ambiente em sua concretude sem questioná-lo, como se fosse uma ordem adequada de mundo.

Na sua forma original, a mentalidade conservadora não se acha preocupada com idéias: somente as formula quando entra em conflito com algum novo opositor, sendo que o seu desenvolvimento intelectual está na dependência do seu antagonista, que vai ditar o ritmo e a forma de luta.

Desta forma, por evoluir em contradição com as teorias oponentes, ela só descobre sua idéias *ex post facto*, formulando uma contra-utopia que serve com um meio de orientação e defesa.

A quarta forma de mentalidade utópica, a socialista-comunista, tem, na visão de Mannheim, uma face de Jano, isto é, uma dupla face: uma voltada para o passado, outra para o futuro.

Há uma concordância entre o socialismo e a teoria liberal: ambos acreditam que num futuro remoto haverá o domínio da liberdade e igualdade. No caso do socialismo este futuro está socialmente determinado em um ponto muito específico: o fim da cultura capitalista.

Se uma das faces está voltada para o passado, não reflete um saudosismo conservador e sim uma visão tridimensional do processo histórico: os acontecimentos presentes têm origem neste passado, e é nesta dimensão que o futuro está sendo preparado e, além disto, “não é apenas o passado, mas igualmente o futuro, que tem uma existência no presente”, (...) “pois não só o passado constitui um fator de determinação, mas a situação econômica e social do presente também condiciona o acontecimento possível” (Mannheim, 1976, p.269 e 270).

O processo de transformação das estruturas sociais será processado sob a forma de um determinismo econômico, reinterpretado em termos materialistas.

Identificado com os estratos mais baixos da sociedade, o socialismo elege como objetivo final do seu projeto utópico a “matéria”, isto é, glorifica os aspectos materiais da

existência, escolhendo-os como força motora do processo mudança. Desta maneira ele entra em oposição com o pensamento liberal que encara o materialismo como um fator negativo e obstrutivo no caminho das idéias.

Para Mannheim, na atual fase contemporânea da história, há um processo de completa destruição de todos os elementos espirituais e ideológicos, com a Política sofrendo uma gradativa redução de importância em relação à Economia.

A rejeição consciente do passado e da concepção de um tempo histórico, associado ao abandono premeditado de qualquer ideal cultural, age como um prenúncio do desaparecimento de qualquer forma de utopismo, onde todas as idéias se acham descreditadas e todas as utopias destruídas.

É como se a humanidade se tornasse ingenuamente crédula, aspirando a viver em estreita congruência com as realidades do mundo cotidiano, sem querer transcendê-lo através de uma ideologia ou de uma utopia, numa tendência complacente de aceitar o presente, pouco se importando com o que há de vir.

Entretanto, o futuro sem uma perspectiva histórica torna-se indecifrável, assemelhando-se a um muro intransponível, e, ao impossibilitar a visualização de um amanhã supostamente conhecido e controlado, acaba determinando uma visão de mundo incognível e alienante.

No afã de vencer o niilismo existencial, o homem, enquanto um ser social insito numa coletividade organizada, será despertado para uma tomada de consciência e ver-se-á novamente compelido a exercitar, em conjunto com sua sociedade, sua imaginação criadora, construindo novas utopias que servirão de bússola orientadora na navegação do seu devenir histórico.

1.4- OS MITOS E OS SEUS SIGNIFICADOS

De acordo com a afirmação de Crippa (1975): “o paraíso terreno e o progresso constituem, por sua vez, o **núcleo de mitos** capazes de transformar a fisionomia espiritual de um povo, servindo-se para isso de todo o poder da reflexão racional e da inventividade científica” (p. 50, grifo nosso).

Sendo o paraíso terrestre e o progresso, construções e categorias utilizadas na manifestação da expressão criadora do pensamento utópico, podemos, sem reduzir o seu sentido semântico, considerar as utopias como núcleo de mitos.

Segundo Patai (1972), há pelo menos vinte e cinco séculos, que o homem se tem formulado a seguinte pergunta: “Que é mito?”

Há indícios históricos de que o mito já se constituía como um elemento cultural importante na vida dos trogloditas da Idade da Pedra, sendo preservado e transmitido de geração a geração, como parte de um conjunto de conhecimentos que cada indivíduo necessitava angariar para ter sucesso na batalha da sobrevivência cotidiana.

Durante milênios o homem conviveu com os mitos, sem demonstrar qualquer interesse intelectual por eles.

Aos poucos, foram surgindo, dentro das tribos, indivíduos com tendências poéticas que passaram a coletá-los, recitando-os de forma rítmica e cadenciada nas ocasiões propícias, de forma a revivê-los em rituais comunitários: festas comemorativas de nascimentos, de mortes, colheitas, preparativos para a guerra, enfim quaisquer eventos que congregassem e comungassem os sentimentos tribais.

No século VI A.C., iniciou-se a interpretação dos mitos gregos pelos primeiros filósofos, que ao analisá-los à luz das verdades racionais os acharam deficientes, preferindo encará-los como alegorias ou personificações dos fenômenos da natureza (Patai, 1972).

Na Grécia Antiga, no século V A.C., Heródoto, o pai dos historiadores, utilizou a sua capacidade criadora para converter os mitos em relatos históricos, iniciando uma era de interesse da cultura helênica pelos mitos e suas diversas interpretações, de acordo com as mais variadas escolas filosóficas: estóica, epicurista, sofista, platônica e neo-platônica.

Politicamente, os mitos serviram com instrumentos ideológicos para a manutenção da autoridade tradicional e religiosa do império greco-romano, ao consagrar os imperadores como filhos dos deuses, além de favorecer subsídios para doutrina do evemerismo.

A doutrina everemista deificava, após a morte, os imperadores, os generais, os homens históricos num panteão, ao lado dos deuses greco-romanos, dando uma conotação de que as divindades nada mais eram de que grandes governantes que alçaram aos céus graças à gratidão dos seus súditos.

Graças a doutrina everemista, a mitologia greco-romana foi preservada durante o período da Idade Média dos rigores do excesso de religiosidade cristã, uma vez que os autores cristãos medievais consideravam os deuses da mitologia greco-romana como grandes figuras humanas deificadas durante um período pagão, onde imperava um obscurantismo religioso (Patai, 1972).

Com o fim da Idade Média, os deuses da mitologia greco-romana, junto com outras divindades orientais serviram de tema para obras literárias e artes plásticas: as pinturas e esculturas renascentistas.

Os séculos XVIII e XIX redescobriram o mito e o seu valor cultural, mas sob um novo enfoque, agora com uma variedade de intelectuais dos diversos ramos da ciência humana (literatura, filosofia, antropologia, psicologia e lingüística) preocupando-se a analisar o seu significado.

Segundo Eliade (1994), seria difícil encontrar uma definição de mito que fosse aceita por todos os eruditos e, ao mesmo tempo acessível aos não-especialistas. Seria

realmente impossível encontrar uma única definição que cobrisse todos os tipos e funções dos mitos, tanto nas sociedades arcaicas, como nas modernas.

O mito por ser uma realidade cultural extremamente complexa dá ensejo de ser abordado e interpretado através de múltiplas e complementares perspectivas.

A definição preferida pela referida autora, a menos imperfeita por ser a mais ampla, considera o mito como uma história sagrada, relatando um acontecimento ocorrido no tempo primordial, *in illo tempore*, o tempo do começo do mundo, da criação do homem.

Na sociedade arcaica, ou primitiva, os personagens dos mitos são sempre os Entes Sobrenaturais, agentes dos acontecimentos ocorridos nos primórdios do mundo.

Os mitos teriam uma função de hierofania, isto é, revelariam as atividades criadoras destes entes, desvendando a sacralidade de suas obras. As irrupções do sagrado ou do sobrenatural reveladas pelo mito, demarcariam, para o homem, as fronteiras entre o sagrado e o profano (Eliade, 1979).

A religião, nas culturas ditas arcaicas, desvendariam para o homem um mundo sobre-humano, o mundo dos valores axiológicos, valores estes, por serem transcendentais, teriam que ser revelados ao homem pelos Entes Divinos ou Ancestrais míticos.

O mito teria um valor apodíctico, isto é, ele demonstraria, a partir da revelação transhumana, que alguma coisa existe realmente; ele tornaria evidente que existem valores absolutos, capazes de conferir significação à vida humana.

Os ritos complementarizam os mitos, como uma rememoração e reatualização do evento primordial, ajudando o homem primitivo a distinguir e a fixar, na mente, o real.

A repetição ritual de gestos paradigmático tem um aspecto positivo, pois força o homem a transcender os seus limites, alçando-o junto aos deuses ou heróis míticos; logo, o rito eleva o ser humano: ao mesmo tempo em que o homem realiza o mito, este permite a sua vivência, daí a razão de estarem sempre ligados.

Caillois (1979) vê nos mitos uma das múltiplas formas utilizadas pela imaginação humana, sendo as representações coletivas de caráter mítico as mais privilegiadas manifestações da vida imaginária: “É, com efeito, no mito que melhor se aprende, ao vivo, o conluio dos postulados mais secretos, mais mordazes, do psiquismo individual e das pressões mais imperativas e perturbadoras da existência social” (p.13).

Na sua visão, não existe um único sistema conceitual, por mais bem fundamentado que ele esteja, que dê conta de toda a complexidade mítica, pois o mundo do mito não é homogêneo e como tal não está sujeito a uma chave única, uma vez que o mito “surge manifestamente como visão do espírito, do espírito preocupado em apreender o Mesmo no Outro, o uno no múltiplo” (...) (p.17).

O indivíduo, enquanto um ser social, encontra-se, inconscientemente, preso às teias de tabus impostos pela sociedade em que vive, proibições que exercem coação sobre os seus desejos elementares, paralisando-o e impedindo-o de sair de seus conflitos, visto não poder resolvê-los através da realização dos interditos sociais.

Ao ficar paralisado, o indivíduo delega ao herói a execução do ato tabu. Para resolver o conflito em que o indivíduo se debate, inutilmente, o herói quebra os tabus, realizando o interdito social e assumindo a sua culpabilidade, culpa esta cuja função é de agradar ao indivíduo que a deseja, mas que não a pode assumir.

Na psicologia mítica, as situações são interpretadas como projeções de conflitos psicológicos sofridos pelo herói, com o qual o indivíduo se identifica.

Caillois, ao definir os mitos, faz uma síntese das duas correntes que melhor abordaram o estudo sistemático dos mitos: o estruturalismo e a psicanálise, tendo como ponto em comum o fato de que as duas teorias vêem no tabu do incesto o primórdio da formação do inconsciente.

Os postulados psicanalísticos foram elaborados por Freud, a partir de uma reinterpretação do mito de Édipo, onde as neuroses foram identificadas pelo interdito ao incesto. O substrato fisiológico das neuroses e psicoses estaria introjetado ao nível do inconsciente, considerado como o refúgio das particularidades individuais, o depositário de uma história única, o reservatório das recordações, enfim: um tesouro individual que faz de cada pessoa humana um ser insubstituível.

A partir da análise do mito de Édipo, a psicanálise passou a utilizar nas interpretações dos mitos os mesmos parâmetros sexuais empregados por Freud para decifrar a psique humana: os personagens e as situações vivenciadas nos mitos são encaradas como expressões simbólicas dos processos subconscientes da mente.

“A história contada no mito representa o que o indivíduo experimenta na própria vida e sobretudo no seu relacionamento com os pais. O mito do nascimento do herói, por exemplo, conta o maior dos feitos heróicos - a emergência do ventre materno e a sobrevivência ao trauma do nascimento. Semelhantemente, todos os mitos procedem do poço negro do subconsciente, em que precisaremos mergulhar se quisermos alcançar-lhes o verdadeiro significado psicológico (Patai, 1972, p.29).

Segundo Patai, a partir da concepção freudiana de subconsciente, Jung enveredou suas pesquisas psicológicas analíticas para o campo das camadas profundas da psique, descobrindo uma relação de reciprocidade entre o funcionamento individual da mente humana e os processos que produzem os mitos desde os tempos imemoriais.

Na visão jungiana, a capacidade mitopética constitui um traço inerente à mente humana, estando presente desde os tempos da vida primitiva à época atual, hodierna.

Os motivos míticos, ou mitologemas, são considerados como elementos estruturais da psique humana, mas daquela parte mais profunda, a não consciente, ou melhor definindo, “o inconsciente”.

Alguns mitologemas típicos foram produzidos por indivíduos, em sonhos ou em delírios psicóticos, sem que estes estivessem familiarizados, de forma direta ou indireta, com os velhos protótipos míticos, revelando desta forma a reemergência autóctone de uma estrutura produtora de elementos mitopéticos contida no interior da psique inconsciente.

Este produtos de sonhos ou delírios não são mitos plenamente formados e sim partes, componentes de mitos, recebendo de Jung a denominação de “imagens primordiais”, “tipos”, ou “arquétipos” (Patai, 1972).

Jung considera as fantasias como manifestações da psique inconsciente, havendo dois tipos diferenciados: a fantasia pessoal, adquirida por experiências individuais e as de caráter não pessoal.

Este segundo tipo de fantasia, por não ter como o primeiro, uma experiência prévia, só pode ser entendido como produto de elementos estruturais coletivos presentes na psique humana em geral, elementos morfologicamente herdados, como se fora um substrato psíquico coletivo, ou no jargão junguiano: o “inconsciente coletivo”.

Assim, uma prova da permanência do mítico na estrutura da consciência vem sido comprovada pelo teoria jungiana do “inconsciente coletivo”.

A partir do inconsciente, das suas ocultas raízes, emerge a vida consciente; dentro deste mundo inconsciente, incontrolável e incognoscível, estão presentes os mitos nas suas multiformes manifestações, como se fora uma experiência singular da realidade, ou no dizer de Crippa (1975): “uma proposição da realidade” (p.41).

O homem é um natural criador de mito, pois possui uma capacidade imanente de elaborar o pensamento mítico a partir de uma estrutura mítica localizada no “inconsciente coletivo” (a consciência mítica), no interior da qual os arquétipos coletivos junguianos funcionam de maneira sistemática e permanente, coordenando as atividades da consciência.

Os arquétipos ou “imagens primordiais” desempenharam um papel importante não só para os povos pré-históricos na construção de sua cosmogonia primitiva, como demonstrando ao longo da história a sua permanência no processo de civilização humana.

Uma vez que “os maiores e os mais belos pensamentos do homem são calcados nas imagens primordiais como numa cópia heliográfica”(…), a origem dos arquétipos ” só pode ser explicada presumindo-se que eles sejam os depósitos das experiências constantemente repetidas da humanidade” (Jung, citado por Patai, 1972, p.31).

Divergindo das teorias freudiana e junguiana, por sua vez, o estruturalismo vê no inconsciente uma estrutura vazia, com função de impor leis estruturais a elementos inarticulados: pulsões, emoções, representações, recordações, fazendo deles um discurso com funções simbólicas apreendidas coletivamente, culturalmente (Lévi-Strauss, 1975).

Para este autor, tudo pode acontecer num mito; a sucessão dos acontecimentos não parece estar sujeita a nenhuma regra de lógica ou de continuidade:

“Contudo, esses mitos, aparentemente arbitrários, se reproduzem com os mesmos caracteres, segundo os mesmos detalhes nas diversas regiões do mundo. (...) Se o conteúdo do mito é inteiramente contingente, como compreender que, de um canto a outro da terra, os mitos se pareçam tanto?” (p. 239).

A partir desta indagação e usando como instrumental a lingüística, Lévi-Strauss escande os mitos, procurando as suas unidades constitutivas: os mitemas.

Os mitemas são elementos, que à semelhança do fonemas, dos morfemas e dos semantemas, presentes na estrutura da linguagem, também se interrelacionam, não de forma isolada e linear, mas num tempo sincrônico e diacrônico, formando redes de significações, o que caracterizaria a linguagem mítica.

Seguindo a mesma vertente de Lévi-Strauss, a lingüística, Roland Barthes (1980) analisa os mitos contemporâneos, à luz da semiologia, considerando-os como uma fala:

“naturalmente, não é uma fala qualquer (...), o mito é um sistema de comunicação, é uma mensagem“ (p.131).

Para Barthes, a linguagem mítica, por sua vez, se difere da linguagem comum que fala *as* coisas, para se constituir numa linguagem que fala *das* coisas, ou seja uma meta-linguagem.

Sendo uma fala, tudo o que se pode organizar como discurso é um mito; como só tem limites formais, mas não substanciais, o mito não se define pelo objeto de sua mensagem e sim pela a maneira como a mensagem é preferida. Visto por este ângulo, ao transformar um sentido em forma, o mito é uma linguagem roubada.

Na visão de Barthes, numa sociedade burguesa, o mito é uma fala despolitizada, entendendo-se “*política* no sentido profundo, como conjunto das relações humanas na sua estrutura real, social, no seu poder de construção do mundo(...)” (p.163).

O mito apresenta os fatos com clareza, mas apenas como uma constatação, não como uma explicação; e, dando esta errônea impressão de que se auto significam, as coisas adquirem uma falsa autonomia. O papel do mito não é negar os fatos, muito pelo contrário, a sua função é falar sobre eles, purificando-os, inocentando-os, esvaziando-os.

Colocando-se ao lado de pensadores modernos que dão à palavra mito um sentido de inverdade, de falsa crença produzida pelos meios de comunicação de massa, Barthes entende os mitos como uma construção ideológica.

Para ele, o mito é estatisticamente uma criação da direita burguesa, que ao visar a sua eternização no poder cria uma fala rica, multiforme e maleável; a fala do opressor: o Mito.

Se há uma fala que se oponha ao mito, é a fala política da esquerda, que busca essencialmente a transformação. O trabalhador só sabe falar das coisas e não sobre as coisas, desse modo a meta-linguagem não é uma prerrogativa da esquerda.

O mito na esquerda surge quando esta aceita mascarar-se, encobrir o seu nome, produzindo uma meta-linguagem aparentemente inócua. Diferindo do mito burguês, que é uma estratégia, o mito da esquerda não passa de uma simples tática, ou de um desvio, adaptando-se a uma comodidade e não a uma necessidade (Barthes, 1980).

1.5- A UTOPIA DO SUS

A partir da exposição do referencial teórico, o SUS será tratado nesta dissertação como uma utopia, ainda em fase de implantação, que apresenta uma série de desvios preocupantes em relação a sua real concretização.

Dentro do ideário do SUS, serão extraídas apenas duas representações míticas: a equidade, co-irmã da igualdade e um outro mito mais contemporâneo: a descentralização, aqui entendida como um retorno saudosista à antiga comunidade primitiva.

Com finalidade metodológica, visando um melhor entendimento da gênese deste produto do imaginário brasileiro, serão expostas teorias sobre equidade e descentralização das ações de saúde, juntamente com uma breve retrospectiva sobre a formação do sistema sanitário brasileiro, analisado a partir de alguns componentes sócio econômicos.

Apesar da introdução conter noções teóricas acerca de mitos, não foi a Antropologia quem fundamentou e norteou as discussões: seu conteúdo dissertativo versará sobre a Administração Pública.

Os mitos e as suas representações simbólicas serviram apenas como um pano de fundo, uma ilustração auxiliadora para a compreensão dos caminhos e descaminhos do SUS.

CAPÍTULO Nº 2- EQÜIDADE

Na mitologia greco-romana, a Justiça está no céu ao lado do trono de Júpiter. Nas artes, a Justiça era representada com o aspecto de Têmis ou Astréia, tia de Júpiter e filha do Céu e da Terra. Na lenda, Têmis (Astréia) queria resguardar sua virgindade, mas o seu sobrinho Júpiter obrigou-a a desposá-lo, fazendo-a mãe de três filhas: a Eqüidade, a Lei e a Paz. A Balança é o símbolo da Eqüidade e representa a própria balança da Justiça ou de Astréia (Commelin, 1993).

Assim sendo, eqüidade e justiça são conceitos indissociáveis.

Para Aristóteles (Porto, 1995), a justiça diferencia-se em dois tipos: a corretiva e a distributiva. A primeira destina-se a corrigir os desvios e divergências existentes nas relações entre pessoas; a segunda, mais complexa, por ter subjacente a questão da eqüidade, tem a função de repartição social de bens e benefícios entre os cidadãos.

Igualdade e Eqüidade são conceitos que se interpenetram.

A Igualdade têm uma conotação moral, ao partir do pressuposto que os indivíduos, enquanto seres humanos, são portadores dos mesmos direitos fundamentais, condição essencial para definir a dignidade da pessoa humana. Por outro lado, o ser humano é concebido como tendo uma natureza comum que é inerente a todos e a cada um dos seres: concepção ontológica que é validada pelo dogma religioso de igualdade perante Deus.

A Igualdade é pois um conceito subjetivo, uma vez que pertence unicamente ao pensamento humano, em oposição ao mundo físico, isto é, à natureza empírica dos fatos que são observados.

A Eqüidade é como se fora um sucedâneo da Igualdade: um *constructo* elaborado a partir da constatação das desigualdades existentes, visando não anulá-las, pela sua infactibilidade, mas reduzi-las, através de funções redistributivas, em busca de uma justiça de caráter social.

A Eqüidade, irmã da Paz e da Lei, não subsiste ao regime político autoritário, mas não necessariamente a presença desta diáde é garantia de sua existência: ela depende sobretudo de laços, de vínculos entre pessoas ou grupos de pessoas, unidas por interesses comuns, numa dependência recíproca e solidária. Em outras palavras, ela se complementa com a Solidariedade.

A Eqüidade é pois:

“o princípio que rege funções distributivas que têm por objetivo compensar ou superar (segundo o componente ideológico da proposta) as desigualdades existentes. Portanto, desde o ponto de vista dos resultados finais, a eqüidade tende ao alcance de maiores patamares igualitários, expressando-se em termo, como por exemplo igualdade de oportunidade, igualdade de utilização. Pode ser este um dos fatores que motivam o uso indistinto dos termos eqüidade e desigualdade” (Porto, 1985, p.45).

Apesar da ambigüidade do termo, a referida autora distingue as diferenças existentes entre as propostas distributivas igualitárias e eqüitativas.

Na sua concepção, enquanto as propostas igualitárias estabelecem uma igualdade na distribuição de recursos (financeiros e físicos), as propostas eqüitativas pressupõem

redistribuições desiguais de recursos, numa tentativa de ajustes das desigualdades existentes, determinadas por fatores biológicos, sociais e políticos-organizacionais.

À primeira vista, por não depender do poder de barganha dos diferentes grupos sociais, uma redistribuição pura e simples de recursos parece compensar as desigualdades existentes, mas, no fundo, ela não é justa, pois haverá uma desigualdade nos resultados obtidos, uma vez que não leva em conta as diferenças de condições pré existentes.

Na realidade, a Equidade, sendo uma elaboração ético- filosófica, com a finalidade de ser um substitutivo da subjetiva Igualdade, ela só se realiza contrapondo-se ao seu “não ser”: a Iniquidade, uma constante presença em todas as formas de agrupamento societário e que ganha maior representatividade na ausência de justiça social.

Embora a Iniquidade, ou mais objetivamente a Desigualdade e a sua ambivalente Igualdade fossem motivo de preocupação desde a Antigüidade, somente, a partir do século XVII, passaram a ser objeto de estudo filosófico dos pensadores, que elaboraram novas formulações a respeito do Estado e da justiça social.

A democracia liberal, corolário do capitalismo, reformulou os debates acerca da desigualdade social, que acentuou-se devido a nova forma de produção baseada na acumulação de propriedade (capital) e compra e venda de mão de obra assalariada.

O termo democracia liberal tanto pode significar a liberdade do mais forte derrubar o mais fraco, respeitando a regras do livre mercado, como também liberdade para que todos tenham igual oportunidade de aplicar e desenvolver as suas capacidades.

Tal ambigüidade deve-se ao fato da doutrina liberal ter-se desenvolvido nas sociedades de mercado capitalista, fazendo que o anseio de liberdade individual, indispensável para o desenvolvimento capitalista, tenha, de certa forma, suplantado e ofuscado o princípio ético central do liberalismo: a liberdade do indivíduo para concretizar suas capacidades humanas.

Macpherson (1978), cujo livro “A democracia liberal - Origens e evolução” servirá de subsídio básico para as discussões acerca deste tema na presente dissertação, remonta a genealogia da atual democracia liberal às idéias de igualdade social defendidas pelos teóricos libertários dos séculos XVII e XVIII.

2.1- Equidade e Democracia

O período compreendido entre os séculos XVI e XVII foi de suma importância para a civilização ocidental, pois foi nele que ocorreram o declínio do feudalismo e a formação dos Estados nacionalistas, a emergência do capitalismo e o conseqüente advento da democracia liberal. A alteração na antiga ordem social, trouxe novamente em discussão a questão da Desigualdade, ainda que sob uma moderada influência da “lei divina” que, na Idade Média, definiu as relações entre os indivíduos e o modo como eles eram governados.

A “lei divina” era oriunda de uma autoridade superior, sobre-humana, acima e além do controle e do entendimento do ser humano. O conjunto de leis divinas legitimava a servidão e a desigualdade entre os homens, iguais entretanto perante Deus. E era somente pela graça de Deus que havia dentro de cada pessoa uma partícula divina, a razão humana, que dava ao homem a possibilidade de compreensão e conhecimento completos. Assim a

autoridade dos governantes (a autocracia rural) durante o feudalismo era legitimada pelo cumprimento de uma série de “leis divinas”, cujas interpretações eram definidas pelas instituições religiosas católicas, e alicerçada pelo resultado da luta no interior da própria hierarquia política (Carnoy, 1988).

Com as importantes transformações ocorridas nos séculos XVI e XVII, onde se sobressai a fragmentação da Igreja Católica, face às guerras religiosas e a falência do regime feudal, justificado pela “lei divina”, há lugar para novos conceitos, para a propagação de novas idéias de como devem ser os novos governos: é quando surge a teoria filosófica da doutrina clássica do Estado, considerada como precursora da teoria liberal do Estado.

2.1.1- A DOUTRINA CLÁSSICA DO ESTADO

No final do século XVII, há redefinição de um conceito, oriundo da Antigüidade clássica, de “estado de natureza”, isto é, a condição natural do homem, que precederia o “estado social”, com ênfase no comportamento individual e na inter-relação entre os homens.

O homem natural teria, dentro de si, apetites e paixões que, no regime político anterior, influenciado pelos preceitos religiosos, teriam que ser inibidos pela repressão e coerção.

Na nova teoria política, centrada no indivíduo de natureza apetitiva, liberado das sanções divinas, há a necessidade de se legitimar um Estado que, ao invés de asfixiar as paixões, permita que sociedade as controle, em nome de um “bem comum”.

Aliás, embora o indivíduo seja o epicentro da doutrina clássica, em oposição aos direitos divinos, estes ainda aí se encontram incrustados, como forma residual do pensamento passado, no usufruto do “bem comum”, noção inerente à racionalidade (divina) dos seres humanos, cuja compreensão teria que ser adquirida, ao invés de ser revelada.

O Estado de natureza do homem tem características diferentes, segundo as concepções dos teóricos dos filósofos políticos do século XVII, onde se destacam Hobbes, Locke e Rousseau.

2.1.1.a- THOMAS HOBBS

Para o filósofo inglês Thomas Hobbes, a natureza do homem era primordialmente violenta, cada homem era lobo para outro homem (*homo homini lupus*), havendo uma luta constante de cada um contra todos (*bellum omnium contra omnes*). Não obstante esta visão não altruísta da humanidade, Hobbes afirma uma igualdade entre os homens:

“A natureza fez os homens tão iguais, quanto à faculdade do corpo e do espírito que, embora por vezes se encontre um homem manifestamente mais forte de corpo, ou de espírito mais vivo do que o outro, mesmo assim quando se considera tudo isto em conjunto, a diferença entre um homem e outro não é suficientemente considerável para que qualquer um possa reclamar qualquer benefício a que outro não possa também aspirar, tal como ele” (Hobbes, 1974, p. 78).

Sendo defensor do regime absolutista, Hobbes, sustentava que os homens, embora dotados de direitos naturais, entre os quais se incluem a liberdade e a propriedade, em busca de uma segurança e na defesa de seus “bens comuns”, teriam estabelecidos contratos entre

si, cedendo seus direitos ao soberano encarregado de promover a paz. A sociedade civil se submeteria ao Estado, por ele comparado ao *Leviatã*, monstro bíblico que, sendo o maior de todos os peixes, não permite que os mais fortes destruam os mais fracos.

Apesar de contraditória, a teoria do contrato social de Hobbes encontrou adeptos, pois compatibilizava o controle das paixões humanas com a defesa da troca de bens num mercado livre, com o Estado agindo como o mediador civilizador da sociedade, onde deveria imperar a coexistência pacífica em prol dos interesses econômicos.

“É neste contexto, portanto, que se desenvolveu a teoria do Estado liberal, baseada nos direitos individuais e na ação do Estado de acordo com o ‘bem comum’ a fim de controlar as paixões dos homens, possibilitando que seus interesses sobreponham a essas paixões” (Carnoy, 1988, p. 23).

2.1.1.b- JOHN LOCKE

John Locke, outro pensador inglês, posterior a Hobbes, a partir do mesmo conceito de “estado de natureza” chegou a conclusões opostas ao seu conterrâneo: para ele, o homem, no “estado de natureza”, possuía a razão e tinha seus apetites e paixões reprimidos por um sentimento de equidade natural (Mosca, 1975).

Os homens viveriam um estado de perfeita liberdade, e em “estado também de igualdade, no qual é recíproco qualquer poder e jurisdição, ninguém tendo mais do que o outro...” (Locke, 1973, p.41). A razão humana, enquanto uma lei da natureza, impediria que a total liberdade se transformasse em licenciosidade, ensinando aos homens a não se auto molestarem e a resguardarem seus direitos de propriedade.

A liberdade pessoal do indivíduo teria de ser preservada, bem como o usufruto do seu trabalho, trabalho este, origem e fundamento da propriedade, considerada também como um direito natural. Locke, ao defender propriedade privada como direito natural, sustentava que o Estado não era o criador da propriedade, mas tinha o dever de reconhecê-la e protegê-la uma vez que a posse da propriedade era o sustentáculo de uma sociedade civil justa e equitativa.

Em defesa de sua liberdade e propriedade, objetivando a manutenção da igualdade, houve necessidade dos indivíduos firmarem um pacto social, não entre governantes e governados e, sim, entre homens igualmente livres, que não se despojaram de seus direitos, outorgando-os apenas ao Estado, que passou a ser o guardião da segurança coletiva, responsável pelo julgamento e punição dos transgressores.

A visão de homens livres formulada por Locke está prejudicada pelo fato dele conceber a sociedade civil constituída apenas por aqueles que têm propriedade, excluindo os trabalhadores assalariados e a mulheres. A tão propalada igualdade natural, por ele defendida no plano filosófico, era uma igualdade formal que nem mesmo era respeitada enquanto um direito civil.

No contrato social entre a sociedade civil e o Estado, e em busca de uma harmonia comunitária, os cidadãos, em mútuo consentimento, aprovariam leis que seriam acatadas por juízes imparciais, permitindo a instalação do governo civil e a sua revogação em caso de abuso de poder por parte da autoridade instituída.

Divergindo do absolutismo preconizado por Hobbes, Locke desenvolveu a teoria dos três poderes fundamentais: o legislativo, o executivo e o “federativo”. A sociedade civil

conservaria o poder legislativo, exercido pelo Parlamento; ao Estado competiria os poderes executivo e o “federativo”, este último destinado a regulamentar as relações do Estado com os países estrangeiros (Mosca, 1975).

As idéias de Locke, no que concerne ao direito natural da igualdade, da liberdade e sobretudo da propriedade, influenciaram profundamente o pensamento ocidental, principalmente na elaboração dos princípios filosóficos da democracia liberal.

2.1.1.c- JEAN JACQUES ROUSSEAU

Jean Jacques Rousseau, natural de Genebra, deu um novo enfoque ao conceito de “estado natural”.

No século XVIII, era crença que o progresso das artes e ciências havia contribuído para o aumento da felicidade dos homens. Rousseau combateu esta convicção afirmando que a civilização, pelo contrário, havia corrompido os homens, que eram mais felizes, em estado de perfectibilidade, quando em contacto mais próximo da natureza. Ao fazer um paralelo entre a bondade da natureza e a perversidade da sociedade, ele resgatou antigos mitos: a bondade natural dos homens, a convicção na superioridade moral dos selvagens sobre os civilizados, dos camponeses sobre os cidadãos, dos antigos sobre os modernos (Mosca, 1975)

A publicação, em 1755, de “O discurso sobre a origem da desigualdade”, foi de suma importância para o pensamento ocidental, pois alguma de suas teses foram apropriadas pelas doutrinas socialista e anarquista, desenvolvidas nos séculos posteriores.

Rousseau distinguiu duas formas de desigualdade: a natural e a artificial. A primeira, conforme o próprio nome indica, refere-se às dotações individuais diferenciadas para cada indivíduo: a força física, a inteligência e a energia; a artificial está fundamentada nas diferenças sociais.

A liberdade para Rousseau é um bem supremo, um direito inalienável, uma exigência ética do ser humano, consistindo na essência da sua própria espiritualidade e sua renúncia significa negar sua qualidade de homem. A propriedade privada era um direito sagrado para o indivíduo, desde que limitada à posse do pequeno proprietário trabalhador. Neste aspecto, ele divergiu de Locke, pois viu na posse ilimitada da propriedade a origem do mal e da desigualdade, ao motivar a exploração e a sujeição do homem.

O Estado seria uma criação dos ricos e poderosos, com a sociedade civil organizada em prol de seus interesses e falsamente apresentando-se como benéfico a todos, ideologia destinada a preservar a desigualdade social e política, indispensável para sua sobrevivência.

Ao conceber um Estado onde estariam garantidas a liberdade e a igualdade, Rousseau retornou à idéia de um contrato social, onde o poder do Estado reside no povo, cuja liberdade foi renunciada a favor do Estado, que por sua vez expressa a “vontade geral”.

Partindo do princípio de que o Estado existe e não se pode destruí-lo, bem como é impossível ao homem voltar ao primitivo “estado de natureza”, onde cada qual exerce direitos soberanos sobre si mesmo, o indivíduo somente poderá ceder seus direito à coletividade, sob a condição de participar na formação da “vontade geral”, isto é, da

vontade consensual dos cidadãos, sendo o Estado a expressão e o defensor dos interesses desta vontade coletiva (Mosca, 1975).

A idéia subjacente a "vontade geral" não é de uma simples concordância majoritária das vontades particulares; é antes de tudo uma tradução de uma realidade coletiva, que expressa o que *há de comum* em todas as vontades individuais. Apesar de ter como ponto de partida a vontade particular, nem sempre há coincidência entre aquela e a "vontade geral", uma vez que esta se apresenta como um substrato coletivo das consciências, visando o interesse comum, enquanto interesse de todos e de cada um.

A igualdade entre os cidadãos só poderia ser compatível com a ausência entre extremos de riqueza e pobreza, uma vez que as diferenças de propriedades dividem o homem em classes com interesses antagônicos, que não exprimem a "vontade geral" do "bem comum" (Macpherson, 1978).

A soberania da "vontade geral" exige que haja uma igualdade de propriedade para que a sociedade seja verdadeiramente democrática, onde "nenhum cidadão será jamais bastante rico para comprar outro, e ninguém será bastante pobre de modo a ser obrigado a vender-se" (Rousseau, citado por Macpherson, 1978, p. 23).

Para Macpherson, esta compra e venda não se refere à escravidão, pois a liberdade era um direito inalienável e sim é uma alusão a compra e venda de mão-de-obra assalariada dos cidadãos livres.

Este mesmo autor, ao apresentar e discutir as teses acerca da origem e evolução do capitalismo, considera que todas as teorias e visões democráticas formuladas antes do século XIX, onde se incluem as três acima examinadas, têm em comum o fato de

conceberem os direitos individuais numa sociedade sem classe ou de classe única, onde a acumulação de riqueza não era condizente com o “bem comum”.

Ratificando este pensamento, ele afirma que:

“Isto as coloca em marcante contraste com a tradição liberal-democrática a partir do século XIX em diante, a qual aceitava e reconhecia desde o início e mais claramente no início do que depois - a sociedade dividida em classe, e propunha-se ajustar uma estrutura democrática a ela” (p.17).

2.1.2- A DOUTRINA LIBERAL

Divergindo da teoria clássica, a doutrina liberal constrói os seus princípios teóricos a partir do indivíduo enquanto um ser que direciona seus desejos apetitivos apenas para os bens econômicos, numa sociedade competitiva e dividida em classes sociais.

Este novo enfoque da vida societária vai eclipsar a questão da liberdade individual, legitimando a divisão de trabalho e a consequente venda de mão de obra assalariada e indiretamente justificando a desigualdade social.

A democracia liberal, na sua essência, apresenta três características: igualdade perante a lei, liberdade civil básica e soberania popular com sufrágio universal. Seu dogma central está representado na qualificação do indivíduo para maximização no uso e desfrute de suas capacidades (Macpherson, 1978).

A Riqueza das Nações, de Adam Smith, publicada em 1776, foi o marco inicial na produção literária dos liberais, cuja ênfase norteia-se para a Economia e não mais para a Política.

Smith (1972) defende a maximização do bem estar coletivo pela ação do indivíduo impulsionado pelo desejo de melhorar sua condição econômica, visando o respeito, a consideração, a estima de seus concidadãos.

O resultado final desta avidez por aquisição de bens materiais reveste-se de positividade para a sociedade e para a nação, pois os indivíduos são seres sociais, membros de uma comunidade coesa, dotados de uma moralidade onde predominam o senso de dever, a solidariedade, a honestidade, enfim qualidades inerentes que refreariam os possíveis e indesejáveis sentimentos negativos decorrentes da competição em busca de riqueza pessoal.

Defensor da trabalho assalariado, Smith legitima a desigualdade pela própria natureza do emprego, justificando a diferença entre o salário do trabalho qualificado e do trabalho comum, mas questiona as desigualdades ocasionadas pela política econômica, restritora da liberdade do mercado.

Na sua visão a intervenção do Estado deve ser mínima: ele deveria apenas existir para elaborar e fazer cumprir leis que teriam a finalidade de criar uma economia libertada do *status quo* mercantilista e fora do domínio semi feudal dos proprietários de terra.

As idéias de Smith, publicadas no meado do século XVIII, com as devidas modificações, foram apropriadas, neste mesmo século, pelos teóricos chamados utilitaristas.

2.1.2.a- A DOUTRINA LIBERAL UTILITARISTA

Macpherson (1978), a partir de modelos pré definidos de homens e sociedades, analisou as diversas formas evolutivas apresentadas pela democracia, elaborando quatro modelos distintos: as democracias protetora, desenvolvimentista, de equilíbrio e participativa.

Os dois primeiros modelos estariam consolidados pela doutrina utilitarista, representada por seus três expoentes: Jeremias Bentham, James Mill e seu filho John Stuart Mill.

Bentham (separata dos Pensadores, capítulo 49, 1974) iniciou suas idéias a partir de uma rediscussão do “estado de natural”, por ele considerada uma doutrina não satisfatória, por dois motivos: o primeiro pela impossibilidade de comprovação histórica da existência do contrato e, segundo pelo questionamento sobre a obrigatoriedade dos homens cumprirem os compromissos assumidos no pacto social original.

A doutrina utilitarista parte do princípio de que o cidadão só se submete ao contrato quando este traz algum interesse ou vantagem pessoal cuja satisfação se traduz em felicidade ou em ausência de dor. A felicidade geral da sociedade é entendida como resultante deste cálculo hedonista, onde são componentes a soma de prazeres e a subtração do sofrimento do indivíduos.

“Por princípio de utilidade entende-se aquele princípio que aprova, ou desaprova qualquer ação, segundo tendência que tem a aumentar ou a diminuir a felicidade da pessoa cujo interesse está em jogo, ou, o que é a mesma coisa em outro termos, segundo a tendência a promover ou a comprometer a referida felicidade. Digo qualquer ação, com o que tenciono dizer que isto vale somente para qualquer ação de um indivíduo particular, mas também de qualquer ato ou medida de governo.” (Bentham, 1974, p.10)

Bentham desvencilha-se das visões anteriores de sociedades ideais que exigiam a construção de um novo homem e trabalha com a visão concreta do homem da sociedade de mercado, desejoso em maximizar seus prazeres, expressos em seus bens materiais, de forma ilimitada e em detrimento dos outros.

Na ânsia de ampliar indefinidamente suas riquezas (utilidades), o homem busca ter poder irrestrito sobre o outro, havendo a necessidade de haver uma estrutura legal, civil e criminal para impedir a desintegração de tal sociedade:

“Várias estruturas legais poderiam ser capazes de proporcionar a necessária ordem, mas evidentemente, de acordo com o princípio utilitarista, o melhor conjunto de leis, a melhor distribuição dos direitos e deveres, era a que produzisse a maior felicidade do maior número de indivíduos. Esse fim mais geral das leis podia, segundo afirmava Bentham, ser dividido em quatro fins subordinados: ‘garantir a subsistência; ensinar a abundância; favorecer a igualdade; manter a segurança’ “ (Macpherson, 1978, p.32).

A necessidade, o medo da fome seriam a motivação natural para o trabalho produtivo e incessante, desde que houvesse a segurança da apropriação do fruto de seu trabalho, visando a garantia de sua subsistência.

A abundância seria decorrente dos incentivos naturais, pelo inesgotabilidade dos desejos que transforma a satisfação de uma necessidade em outra necessidade.

Ainda de acordo com Macpherson, Bentham, ao analisar a questão da igualdade, parte da premissa de que os indivíduos têm capacidades iguais para o prazer, e que cada parcela de riqueza corresponde igual parcela de felicidade; aquele que têm mais riqueza,

obviamente, terá mais felicidade. Para que haja uma felicidade máxima conjunta é preciso que todos tenham riqueza igual.

Para justificar a acumulação irrestrita de bens materiais, Bentham apresenta um argumento consubstanciado na Lei de Utilidade Marginal Decrescente (Carnoy, 1988; Macpherson, 1978).

Por esta lei, uma vez que o indivíduo tenha a sua capacidade total de riqueza/felicidade satisfeita qualquer aumento de riqueza não terá o aumento correspondente de felicidade: uma pessoa com excesso de bens não sente a mesma felicidade em amealhá-los do aquela que ainda não preencheu sua cota total de riqueza/felicidade.

Com este argumento ambíguo, pois não reconhece as diferenças individuais quanto às necessidades de prazer e de posse, Bentham coloca a questão da igualdade subalterna à segurança da propriedade, sendo que as leis devem respeitar a distribuição social e política vigente. As leis também devem garantir plenamente que o fruto do trabalho seja usufruído. Como os homens não são iguais em capacidade e energia, alguns obterão mais propriedade que os outros: assim qualquer tentativa de igualdade irá diminuir o incentivo de produzir.

A construção da teoria benthamiana do Estado, respaldado pelas quatros finalidades legais era, a bem da verdade, uma resposta a uma situação histórica real, pois era uma defesa da sociedade de mercado livre, ameaçada pelas agressões dos trabalhadores fabris em busca de direitos políticos. O Estado, paradoxalmente, era assim destinado a proporcionar igualdade e segurança ao sistema de propriedade *ilimitada* bem como à empresa capitalista.

Na impossibilidade de conciliar a visão igualitária no aspecto econômico, houve um redirecionamento para a aquisição e garantia dos direitos políticos, com destaque para a questão do aumento da franquia democrática.

Na visão do já citado Macpherson, James Mill, outro teórico utilitarista, ao assumir a defesa do sufrágio universal, o fez de uma forma ambivalente. Ora ficava a favor da classe média e trabalhadora, ora colocava-se ao lado dos grandes proprietários. Adepto da doutrina benthamiana, Mill a princípio defendeu a franquia limitada, com exclusão dos trabalhadores, os não instruídos, os dependentes e as mulheres.

Influenciado pelo movimento dos trabalhadores e buscando o apoio da emergente classe média, Mill, na tentativa de ver as suas proposições aceitas pela maioria, defendeu a franquia universal com as ressalvas ditadas pelo princípio do direito incluído. Por este princípio poderia se restringir a participação de alguma parcela da população no pleito eleitoral, desde que os seus interesses estivessem incluídos dentro de outro segmento populacional. Assim estabeleceu-se uma grande margem de excluídos: as mulheres, os homens menores de 40 anos e os mais pobres (Macpherson, 1978).

As mulheres teriam seus interesses defendidos pelo pai, irmão ou marido; toda e qualquer lei que beneficiasse o homem de mais de 40 anos seria extensível aos mais jovens.

Quanto ao pobres, Mill utilizando-se do “cálculo de auto interesse incluído”, estabeleceu que o *quantum* ideal a ser eliminado do sufrágio universal estaria estimado em um terço dos homens com mais de 40 anos. A exclusão desta fração do eleitorado garantiria uma margem de segurança para a sociedade, minimizando o confronto opressor vs oprimido.

Com uma postura oscilante, na defesa do sufrágio universal e na manutenção da oligarquia, num movimento pendular ambíguo, Mill ratificou sua filiação às idéias de Bentham, que aceitava a desigualdade de propriedade como um ônus necessário à acumulação capitalista, equacionando em termos políticos, e não econômico, a discussão da igualdade. Com ambos, houve a separação entre democracia política e organização econômica capitalista, com produção desigual alicerçada em classes sociais, com a discussão do papel do Estado como fiador da igualdade de produção, agora ofuscada pela questão do sufrágio universal (Macpherson, 1978).

Jonh Stuart Mill, ao perceber que a desigualdade subjacente ao modelo de democracia proposto por seu pai e por Bentham, conduziria a classe trabalhadora à indigência e observando a sua crescente militância, propôs uma reformulação neste modelo, visando o desenvolvimento humano e o conseqüente aperfeiçoamento da sociedade.

Stuart Mill rejeitou o modelo anterior de uma sociedade formada por indivíduos consumidores e apropriadores, retornando ao ideal clássico de uma sociedade constituída por homens de moral ilibada que exercem, desenvolvem e desfrutam ao máximo sua capacidade laborativa, sendo instrumento de aperfeiçoamento da sociedade e, de modo recíproco, por ela aperfeiçoado (Macpherson, 1978).

Tal visão não era utópica, dado que ele percebia que o sistema de distribuição de riqueza e de poder do modelo liberal era injusta. Para ele, a desigualdade existia, mas era um acaso histórico, fruto da distribuição desigual do regime feudal, permanecendo como um fato ocasional, passível de ser equacionado, uma vez que o capitalismo seria um agente redutor da desigualdade de renda, riqueza e poder (Carnoy, 1988).

Apesar desta perspectiva otimista, na realidade, Stuart Mill não acreditava na possibilidade de existir uma sociedade decentemente humana sob o regime capitalista, pois o mercado transformavam os homens em competidores agressivos, em busca de vantagens pessoais. No entanto, a propriedade privada, o capital tinham quer ser respeitados, pois eram frutos do trabalho do próprio indivíduo ou do trabalho e abstinências de seus antepassados.

A saída para a classe trabalhadora, no plano econômico, era organizar-se em cooperativa de produtores, desenvolvendo melhor seus meios de produção e, ao se tornarem auto suficientes, extinguiriam os conflitos de classe e, conseqüentemente, a organização capitalista de produção.

No plano político, a solução estava no sufrágio, não aos moldes “cada homem um voto”, pois haveria o risco de um governo classista, eleito majoritariamente pelos trabalhadores. A saída estava num sistema eleitoral onde cada cidadão seria, no mínimo, um voto, mas alguns mais qualificados teriam direito a mais votos (Macpherson, 1978).

A justificação deste sistema de “votação plural” denuncia que as proposições de Stuart Mill, embora de fundo humanístico, não estavam imbuídas por princípios igualitários.

Para Macpherson, as ambigüidades encontradas em suas teorias são desculpáveis, pois ele não teve a visualização do papel dos partidos como amortizador de tensões e conflitos inter classes e tampouco percebeu que havia uma contradição básica entre as relações capitalistas e o ideal de desenvolvimento.

Na realidade, pela teoria liberal utilitarista a questão da igualdade individual estava subjacente à capacidade do Estado garantir o livre funcionamento das empresas. Sob esta

ótica, “os cidadãos, cujas posições econômicas não eram iguais, foram chamados a assistir a reprodução de sua própria desigualdade, sob a suposição de que a longo prazo isso resultaria no maior bem para o maior número de pessoa” (Carnoy, 1988, p. 48).

A princípio, os utilitaristas duvidaram que a classe trabalhadora tivessem paciência para esperar a repartição das *benesses*, mas suas expectativas melhoraram à medida que os partidos desenvolveram sua função tampanadora de conflitos.

Apesar desta aparente apatia, os teóricos liberais não desconheciam e não desconhecem o perigo latente do sufrágio universal, pois o governo sufragado pela maioria poderá vir a ser controlado pelos trabalhadores que, de posse de aparatos legislativos e legais, modificarão o quadro de desigualdade instituído pelo sistema de mercado.

Com esta preocupação e em consonância com a evolução da economia industrial para a formação de grandes monopólios, houve necessidade de uma revisão teórica da doutrina liberal utilitarista. Esta tarefa coube à Joseph Schumpeter e Robert Dahl que elaboraram uma nova doutrina, a liberal pluralista, com ênfase na ação dos indivíduos, que se associam coletivamente na defesa de seus interesses.

2.1.2.b- A DOCTRINA LIBERAL PLURALISTA

Correspondendo ao terceiro modelo de Macpherson (1978), a democracia de equilíbrio é também conhecida como um modelo pluralista e elitista.

Para este autor, é um modelo de equilíbrio porque parte do pressuposto de que a democracia é um sistema que visa manter uma estabilidade entre as demandas do cidadão e

as ofertas do Estado. É pluralista porque a sociedade é composta de indivíduos que, motivados por múltiplos interesses, se associam a diversos grupos de companheiros; é elitista porque a função de governante é atribuída a um grupo minoritário que se auto designa como dirigentes.

No pluralismo, a política é vista como resultante da ação de múltiplos atores, com a existência de um conjunto não articulado de focos de poder e influência; seria como uma arena, ponto de encontro, onde uma pluralidade de atores se transacionam, movidos por uma multiplicidade de causas, com grupos de pressão e interesses se constituindo de inúmeras maneiras (Carnoy, 1988).

O pluralismo é uma reinterpretação do já conhecido “bem comum”, que aqui não tem um sentido uníssono: cada qual dá-lhe um significado diferente, uma vez que há indivíduos com graus diferentes de racionalidade no interior da sociedade. A Razão perde a característica de ser um atributo universal humano, uma centelha divina como era designada pelos antigos filósofos liberais.

Para Schumpeter, seu principal teórico, o “bem comum” significa, para cada um, algo diferente e mesmo que representasse para todos um mesmo sentido, as decisões políticas resultantes destas vontades individuais não se traduziriam numa “vontade do povo”, principalmente porque os cidadãos estão normalmente mal informados, apáticos e desinteressados pelos problemas políticos, exceto àqueles que lhes afetam direta e economicamente (Carnoy, 1988).

Assim sendo, pela presença de diferentes estágios de desenvolvimento cultural dentro de uma sociedade, torna-se inviável a existência da democracia direta. Ela é

simplesmente um mecanismo para escolher e autorizar governos, que se utiliza dos votos dos cidadãos para eleger uma elite, numa competição entre dois ou mais grupos auto indicados. A política torna-se uma questão de elites dirigentes, que são renováveis periodicamente em épocas eleitorais.

Chaui (1982) acrescenta alguns traços a este modelo: o sistema eleitoral teria como função criar um rodízio nas elites dirigentes, de modo a preservar a sociedade contra os riscos da tirania; o sistema político produziria uma ótima distribuição dos bens políticos porque baseia-se no mercado econômico alicerçado na soberania do consumidor; o Estado, através dos seus aparatos, face a natureza instável e consumidora dos sujeitos políticos, reforçaria acordos, moderaria as aspirações, diminuindo os conflitos.

Para tal são indispensáveis alguns requisitos “morais”: políticos de qualidade elevada, bem como eleitores e legisladores incorruptíveis; um sistema burocrático eficiente e dedicado; uma tecnocracia coadjuvante à elite dirigente e uma liderança tolerante com as divergências de opinião.

Macpherson (1978) critica este modelo pelo esvaziamento do conteúdo moral presente nos anteriores. Para ele, a democracia de equilíbrio legitima apenas o mecanismo de mercado, onde os votantes são os consumidores e os políticos, os empresários.

O sistema político é concebido como um mercado; a teoria clássica do utilitarismo é recuperada uma vez que o homem político, e também o homem econômico, é apresentado como consumidor e apropriador, mas com plena soberania no mercado.

Robert Dahl (Carnoy, 1988), outro teórico do pluralismo, reforça esta analogia ao mercado, pois, para ele, o excesso de demanda a bens políticos, de natureza *pluri*

diversificada, a ponto de impedir uma decisão majoritária na repartição dos bens, requereu a presença de um aparelho que produza uma redistribuição que seja a mais satisfatória a todos, ou então, a menos desagradáveis à maioria.

Essa função foi delegada aos partidos políticos que atuam com se estivessem num sistema político empresarial, embalando e distribuindo os cestos de bens políticos, oferecendo-os aos eleitores como se fossem pacotes. Assim o “bem comum” é percebido como se fosse uma estratégia que, mesmo partilhado, não refletiria a vontade da maioria, mas, ao promover o equilíbrio entre a oferta e procura, proporcionaria como resultante um governo estável.

“Cada vez que um Estado é capaz de responder satisfatoriamente às demandas da cidadania, o regime é democrático. O cidadão define-se, pois, como consumidor, e o Estado como distribuidor, enquanto a democracia se confunde com o mecanismo de mercado, cujo motor é a concorrência dos partidos segundo o modelo da concorrência empresarial” (Chaui, 1982, p.87).

O que impera neste modelo de democracia não são os indivíduos enquanto cidadãos e sim um sistema baseado em oferta de demandas aprioristicamente escolhidas pela elite dirigente, demandas que se caracterizam por serem efetivas, isto é, por atenderem às classes que têm maior poder de vocalização.

A desigualdade social é portanto reforçada, retro alimentando a apatia política, expressa pelo baixo nível de participação, sendo um fator indispensável para o sucesso deste modelo democrático. Em contrapartida, a medida que desponta a questão da cidadania a desigualdade tornou-se objeto de várias abordagens teóricas sobre justiça social, face às sucessivas crises econômicas, depressão e desemprego comuns aos países capitalistas

A grande crise econômica ocorrida em 1929, que prolongou-se até ao final da década seguinte, colocou em xeque a validade do “marginalismo”, ou melhor dizendo, as teorias políticas que se baseavam na Lei da Utilidade Marginal Decrescente, responsável pela legitimação da acumulação ilimitada de bens e riqueza

O sistema capitalista necessitou de rever alguns princípios teóricos econômicos, pressionada pela Depressão e pela apropriação dos postulados marxistas feita pela luta política dos trabalhadores em prol de sua cidadania. (Keynes, separata dos Pensadores, capítulo 71, 1976).

Karl Marx, juntamente com Frederick Engels, publicaram em 1845 a Ideologia Alemã, onde formularam não uma teoria completa de Estado, mas diversas concepções acerca do assunto. Para os dois autores, o Estado surge da contradição entre os interesses de um indivíduo e o interesse comum de todos os indivíduos; sua função primordial é mediar as contradições entre os indivíduos e a comunidade, constituída por classes sociais conflitantes.

Dentro da classe dominante há uma diferenciação, com a atuação de um estrato intelectual especial, com a função social precípua de produzir as idéias que vão harmonizar a ordem social com o consenso geral. A ideologia torna-se assim um elemento importante para a coesão social e para o reconhecimento da legitimidade política do sistema de produção capitalista (Swingewood, 1978).

Conforme afirmam Marx e Engels (sem data):

“Com efeito, cada nova classe no poder é obrigada, quanto mais não seja para atingir os seus fins, a representar o seu interesse como sendo o interesse comum a todos os membros da sociedade ou, exprimindo a coisa no plano das idéias, a dar aos seus pensamentos a forma de universalidade, a representá-los como sendo os únicos verdadeiramente válidos”(p.57).

Por sua vez, o Estado tem necessidade de controlar os conflitos de classe, controle este realizado pela classe economicamente mais forte. O “bem comum” não estaria representado pelo Estado, uma vez que numa sociedade capitalista, ele é um instrumento da burguesia, a classe dominante (Carnoy, 1988).

Na teoria marxista, há uma duplicidade de visão acerca da democracia. Por um lado, ela é percebida como uma instrumentalização das classes dominantes para alicerçar o seu poder, oferecendo uma ilusão de participação das massas, via eleições para o parlamento.

Por outro, a democracia é compreendida como uma forma de moderar o poder executivo, restando a burocracia e permitindo uma maior representatividade da classe trabalhadora na estrutura governamental. Os trabalhadores, ao se apossarem do Estado, deveriam destruir e esmagar a máquina do Estado burguês, instaurando, após a ditadura do proletariado, uma sociedade sem classe.

O modo de “como se apossar” do Estado foi motivo de várias teorias subsequentes ao pensamento marxista e que foram apropriadas pela luta política da classe trabalhadora, em busca de uma hegemonia que lhe permitisse melhores condições de sobrevivência, diminuindo a desigualdade econômica, política e social, imposta pela teoria econômica marginalista.

E é no embate desta duas ortodoxias, o marginalismo e o marxismo, que emerge a resposta: o *Welfare State*, ou o Estado de Bem-Estar, ou o Estado Providência, uma criação modelar dos especialistas econômicos, com o intuito de salvar a ordem capitalista.

2.1.2.c- O *WELFARE STATE*

Baseado nas teorias econômica de John Maynard Keynes, o *Welfare State* inaugurou uma nova fase da história do capitalismo, onde há uma ampla intervenção do Estado no campo das políticas sociais. Houve uma expansão de programas e sistemas de bem-estar social conjugando estímulo econômico com segurança e justiça social que, por sua vez, por *feedback*, consolidariam o *Welfare State*.

Para Przeworski e Wallerstein (1988) foi o keynesianismo que combinou democracia com capitalismo, fornecendo os fundamentos ideológicos e políticos para o compromisso da democracia capitalista, pois assegurou, ao Estado, o papel de harmonizador da gestão democrática com a propriedade privada dos meios de produção.

O capitalismo democrático tornou-se viável através da atuação do Estado que se compromissou em estabelecer um controle democrático do nível de desemprego e da distribuição de renda, diminuído os trágicos efeitos da recessão econômica mundial, iniciada nos idos anos 20.

Na visão dos dois autores, o maior legado da revolução keynesiana foi conquistar o terreno do conflito ideológico, uma vez que os seus preceitos teóricos sobre

redistribuição de renda, políticas de pleno emprego e gastos sociais foram adotados pela esquerda que, na opinião de ambos, nunca valorizou a teoria econômica marxista.

De acordo com esta ótica, Przeworski e Wallerstein (1988) afirmam:

“A teoria foi útil politicamente só como justificação de metas revolucionárias, especificadamente do programa de nacionalização dos meios de produção. A economia de Marx, mesmo sua versão mais sofisticada, não é uma ferramenta útil para dirigir as reivindicações distributivas dos trabalhadores no capitalismo e é inútil como um arcabouço para gerir economia capitalistas” (p.30). “Em todas as suas formas, o compromisso keynesiano consistiu em um programa dual: ‘pleno emprego e igualdade’, onde o primeiro termo significava regulação do nível de emprego pela administração da demanda, particularmente dos gastos do governo, e o último consistia na malha de serviços sociais que constituíam o ‘estado-de-bem-estar’” (p.34).

No plano político, houve uma justificação na participação dos partidos representativos dos trabalhadores nas decisões governamentais, principalmente quando a meta do pleno emprego passou a ser garantida como uma realidade a ser concretizada.

Foi a social democracia sueca quem primeiro adotou, em 1932, medidas de proteção destinadas a melhorar as condições sociais de seus eleitores; quatro anos após, com algumas alterações, foi a vez da social democracia francesa.

A utilização, num momento de crise internacional, das medidas preconizadas pela teoria econômica keynesiana, entre elas o controle democrático do nível de desemprego e uma melhor distribuição de renda, tornou viável o capitalismo democrático.

A crise possibilitou um acordo inter classe: aquela despossuída de instrumento de produção concordou com a instituição da propriedade privada do capital; por sua vez a

classe detentora do capital concordou com a existência de instituições políticas que atendessem as exigências dos trabalhadores para uma melhor justiça social.

A saída pactuada para a crise estaria no âmbito da esfera pública, que instituiria um fundo que financiaria de um lado, a acumulação do capital e por outro, a reprodução da força de trabalho, abrangendo toda a população por meio de gastos sociais.

De acordo com Oliveira (1988), para o financiamento da acumulação do capital a lista é mais extensa: recursos para a ciência e tecnologia, subsídios para a produção e exportação, juros subsidiados para setores de ponta, investimentos em indústrias bélicas, em agricultura; e, além de outras medidas enumeradas, a intervenção no mercado financeiro e de capitais através de bancos e fundos estatais.

Benefícios governamentais como a medicina socializada, a educação gratuita e universal, os subsídios para transporte e refeição, a previdência social, o seguro-desemprego, e outros, em última análise, redundaram em salário indireto, liberando deste modo os salários dos trabalhadores para a aquisição em massa dos bens de consumo.

Segundo Coimbra (1989), na realidade, esta a proliferação de uma intensa malha de instituições voltadas para satisfazer aos reclamos de direitos sociais estabelece que “o entendimento da política social é inseparável da compreensão do processo de expansão e de transformação da cidadania no mundo moderno”(p. 81).

Para este autor, foi o ensaio *Classe Social e Cidadania*, escrito por Marshall, após a segunda guerra mundial, que propiciou a discussão da questão da cidadania, ao se propor examinar as complexas e diferenciadas relações existentes entre as noções de classe social e de cidadania.

A cidadania, para Marshall (1967), é um conjunto de três elementos (direitos): os civis, os políticos e os sociais, que surgiram historicamente dissociados nesta ordem, sendo que somente no século XX se configurariam na sua integralidade.

Aos direitos civis corresponderiam a liberdade individual (direitos de ir e vir, à propriedade, e à justiça; a liberdade de imprensa, de fé e de pensamento), salvaguardados pelos tribunais de justiça.

Os direitos políticos, representados pela participação no processo eleitoral como candidato ou eleitor, assegura o direito de votar e de ser votado, participando da conformação do parlamento ou de câmaras afins, instituições encarregadas de sua materialização.

Os direitos sociais, os derradeiros, estariam consubstanciados pelo sistema educacional e o serviço social, encarregados de garantir aos cidadãos um mínimo de qualidade de vida socialmente aceitável, um padrão razoável de bem estar econômico e de segurança.

Embora a política social tenha sido enobrecida pela teoria de cidadania marshalliana, Coimbra (1989) a adjetiva como indefinida e inexplicada por não indicar qual o mínimo de bem-estar e de segurança tolerável e quais são os padrões e quais os critérios em que são fixados.

Para ele, a contribuição principal de Marshall não se refere ao plano das definições de conceitos e sim na utilização do conceito de igualdade inseparável da idéia de cidadania, uma vez que não é expressa apenas pela posse de determinados direitos variáveis para cada sociedade:

*“Antes ela implica possuir os **mesmos** direitos, na esfera civil, do político e do social. Implica, portanto, que **todos** tenham iguais condições de acesso ao mínimo que a sociedade, no estágio de desenvolvimento em que estiver, aceita como tolerável”*
(Coimbra, 1989 p. 85).

Portanto, no entender deste autor, a igualdade concebida por Marshall, não teria uma correspondência na realidade: ela seria uma igualdade *formal*, permanecendo essencialmente na forma *legal*, fruto de um capitalismo que criou uma cidadania *virtual*, uma vez que os direitos de igualdade fora assentados, paradoxalmente, sob uma base fundamental de desigualdade.

Segundo Vasconcelos (1988), Marshall inicia sua discussão a partir de um paradoxo: como o crescimento da concepção de cidadania, que significa igualdade como membro de uma comunidade (a comunidade societal - a moderna nação Estado), como pode coincidir com o desenvolvimento do capitalismo, um sistema de desigualdade.

A resposta é que igualdade para Marshall está correlacionada à comunidade, isto é à igualdade entre os membros de uma mesma comunidade, prioritariamente uma igualdade horizontal (dentro da mesma classe) do que uma igualdade vertical (entre classe).

Por intermédio desta concepção, o Estado de Bem-Estar pode constituir uma “igualdade” sobre um sistema estruturado na competição e na desigualdade, compatibilizando direitos sociais com o capitalismo, tornando assim a desigualdade mais aceitável e legitimada.

Para o autor acima citado, o discurso marshalliano, apesar de eventual imprecisão conceitual, significou uma ruptura em relação ao discurso liberal, pois ao sugerir um

mínimo de provisão social básica, cujo fornecimento é da responsabilidade do Estado, reconhece a incompetência da livre força do mercado em fornecer este mínimo vital.

“De certa forma, a matriz marshalliana constitui uma ideologia associada historicamente à social-democracia e ao keynesianismo. Ou seja, o discurso da denominada 3º via, entre o capitalismo liberal - levando à injustiça do mercado e à situação de caos social - e o socialismo - ao qual se atribuem os males do planejamento centralizado, da burocratização e do coletivismo individualizador” (Vasconcelos, 1988, p.28).

O fato é que, com a aplicação das teorias keynesiana, a maioria das economias capitalistas, obteve um significativo crescimento econômico, associado a programas de proteção social. Houve uma conjugação exitosa entre política econômica com política social, como se fora um “círculo virtuoso” (Draibe & Henrique, 1988, p.4), onde a aplicação das teorias keynesianas regula e estimula o crescimento econômico, potencializando a produção e a demanda efetiva e o *Welfare State*, por sua vez, ao possibilitar a expansão de políticas de fundo social, desloca os conflitos e tensões, antes centrados na contradição capital/trabalho, para a questão da cidadania.

Além desta transformação profunda no Estado, Vasconcelos (1988) lista mais cinco mudanças nos países da Europa central que adotaram o sistema econômico keynesiano: a) uma modificação dos limites entre o público e o privado, face à intensa intervenção do Estado na politização do social.; b) uma desproletarização parcial da classe trabalhadora, via diversas formas de salário indireto, independente da venda de força de trabalho; c) um embate direto entre os direitos pessoais, mais valorizados, que se confrontam, na arena política, com a propriedade, com o poder do capital.; d) uma admissão pública do poder sindical como interlocutor oficial nas questões que envolvem o

Estado, os empresários e os trabalhadores; e) uma eliminação gradativa dos discursos socialistas revolucionários que apregoavam a luta contra o Estado.

Na sua visão, as questões políticas influenciadas pelo discurso dos tecnocratas e dos planificadores, transformam-se em técnicas administráveis pela burocracia estatal; há como que um fetiche do discurso tecnocrático, mediador dos conflitos políticos-ideológicos entre os diversos grupos localizados no interior do próprio aparelho de Estado.

Przeworsky e Wallenstein (1988) ressaltam uma outra transformação ocasionada pelo compromisso keynesiano: o corporativismo, resultante do aparecimento de grupos organizados compostos por pessoas (atores) que, apesar de não produzirem diretamente para o mercado, passaram a ter influência nas distribuições de recursos econômicos, propiciando o surgimento de tendência corporativista de negociação direta dos grupos entre si, sob a tutela do governo, ou entre eles e o governo.

A crescente intervenção do Estado na área social e política exigiu uma atuação tecno-burocrática no planejamento, tendo como escopo a agilização, a modernização e a racionalização da ação estatal.

A concepção liberal de um Estado mínimo cede lugar a uma nova realidade: o macro Estado, de natureza centralizadora, que, através da tecnocracia, interfere em todos os níveis na vida da sociedade, reordenando o econômico, o político, e o social/cultural.

Por três a quatro décadas, graças ao capitalismo regulado pelo Estado, coadjuvado pelas políticas redistributivas instituídas pelo *Welfare State*, houve, à nível mundial, uma estabilização da economia, que se finda a partir da década de 70, quando eclode uma crise

econômica de âmbito internacional, ocasionando aceleração inflacionária, desorganização do sistema financeiro internacional e elevadas taxas de desemprego.

O detonamento da crise extinguiu o “circulo virtuoso” entre a política econômica e a política social, que impôs uma reordenação significativa da economia, além de profundas alterações tecnológicas, obrigando uma redefinição dos papéis e ações das instituições sociais e políticas.

2.1.2.d- A CRISE DO *WELFARE STATE*

Draibe e Henrique (1988), examinando a literatura sobre as possíveis causas da crise do *Welfare State* detectaram oito teses correlacionadas sobre o assunto, onde reaparecem os embates entre os ditos progressista (a esquerda, a social democracia) e os conservadores (o neo liberalismo)

A primeira, de caráter progressista, postula que não existe efetivamente uma crise, e sim, uma mutação na sua natureza e operação. O que existe de real é uma pressão no sentido de diminuir a excessiva centralização e burocratização dos programas sociais estatais, fato indispensável para a transição do Estado de Bem-Estar para a Sociedade de Bem-Estar, onde a democratização seria ampliada através da participação das comunidades locais na gestão dos programas de cunho social.

A segunda, de caráter conservador, apregoa a extinção da estrutura redistributiva estatal através de três argumentos: a) a existência de desequilíbrio orçamentário e *déficits* públicos, ocasionados pela expansão dos gastos sociais, provocando desemprego e inflação;

b) uma igualdade perniciosa causada pelos programas sociais, que além de provocarem desestímulo ao trabalho, diminuem a eficiência econômica. c) uma tendência ao autoritarismo, pela excessiva intervenção do Estado na vida social.

As idéias do neoliberalismo, ou da nova esquerda, conforme denomina King (1988) centram-se em três pontos focais: a crença no indivíduo, o papel mínimo do Estado nos campos econômico e social e a preferência do processo do mercado para a provisão pública.

É através dos mecanismos do mercado que o indivíduo conquista a maximização da prosperidade econômica com também da sua liberdade.

Nesta perspectiva, os bens de provisão pública devem ser controlado e minimizados, sendo que:

“nesse sentido, é uma implicação lógica dos princípios econômicos da nova direita procurar reverter a tendência do pós-guerra de expansão da atividade pública (baseada no Estado, desmercantilizada) em detrimento da atividade privada (relações mercantilizadas baseadas no mercado)” (King, 1988, p.72).

Nesta tese estão contidas as críticas de Milton e Rose Friedman (1980), que consideram paternalistas os programas sociais, de efeitos vãos e nocivos, uma vez que prescrevem uma igualdade de oportunidade e de resultados, visando uma equidade que não existe na própria natureza: “A vida não é eqüitativa. É tentador pensar que o governo pode retificar o que a natureza produziu” (Friedman & Friedman, 1980, p. 142).

Na conclusão do casal Friedman, o ideal a preservar numa sociedade não é a igualdade e sim a liberdade: será a própria liberdade quem propiciará como sub produtos mais liberdade e, também, maior igualdade.

Complementando algumas idéias defendidas pelo neoliberalismo, Draibe e Henrique (1988) apresentam uma crítica de Gilder aos programas distributivos de combate à pobreza: na verdade os benefícios governamentais seriam nocivos, tanto para a economia, ao desestimular as atividades produtivas, como para a estruturação familiar, uma vez que destrói o papel-chave do pai, ocasionando a dissolução das famílias, agora comandadas de forma ineficaz pela mulheres.

As políticas sociais minariam também a moral e os bons costume, onde a ausência da ética do trabalho gerariam uma sociedade improdutiva, propiciando a existência de promiscuidade, drogas, violência, filhos sem pais, famílias lideradas por mulheres, ou seja, uma “*Welfare Culture*”.

A terceira tese sobre a crise do *Welfare State*, e também defendida por conservadores e progressistas, afirma que a natureza da crise tem um caráter fiscal e financeiro.

Para os conservadores, os gastos públicos com os benefícios sociais suplantariam sobremodo os fundos fiscais arrecadados para este fim: há um quadro de desequilíbrio crônico entre os gastos sociais e as receitas estatais destinadas para os programas sociais. Para os progressistas, a crise é decorrente da própria falência do Estado capitalista, ao tentar conciliar funções contraditórias de acumulação capital e redistribuição de renda.

A quarta tese imputa à excessiva centralização dos programas sociais e à exagerada burocratização dos processos decisórios como causadoras da crise.

A quinta tese, também abraçada por conservadores e progressistas, enfatiza que a baixa eficácia social seria a causa da crise do *Welfare State*.

Para os conservadores a sua ineficácia seria decorrente do baixo poder redistributivo dos programas sociais, que privilegiam, em última instância, a classe média. Para os progressistas, os programas sociais não visam a redução das desigualdades sociais e sim a reprodução da força de trabalho, atuando como verdadeiros controladores sociais, ao agirem como redutores de conflitos.

A sexta tese credita, como causas da crise, a baixa legitimidade dos programas sociais estatais e o seu descrédito em relação à opinião pública.

A sétima tese afiança que a crise é decorrente da mudança na base política em que se assentava o *Welfare State*: o acordo político *post* guerra entre trabalhadores e capitalistas perdeu a sua validade, face ao aparecimento de alguns elementos críticos: o não desejo de pagar mais impostos pela ampliação dos benefícios, o descrédito do papel dos sindicatos como mediadores dos interesses dos trabalhadores e a demanda crescente por uma democracia mais participativa.

E, finalmente, a última tese considera que a crise deve-se ao fato do *Welfare State* não mais responder aos novos valores emergentes às “sociedades pós industriais”, dada a existência de uma revolução cultural que substituiriam os valores materialistas por outros: as causas ecológicas, a necessidade de participação na vida da comunidade, o direito ao lazer, a fuga à pesada carga tributária, enfim desejos e aspirações que contribuem para o aumento da qualidade de vida.

Para Claus Offe (1989), O Estado de Bem-Estar só se manteve enquanto houve a aceitação e o apoio da massa da sociedade nas suas disposições, ocasionando um efeito de

inércia institucional, indispensável para ausência de objeções conflitantes, seja por acomodação ideológica, seja por defesa de interesses envolvidos.

Analisando a crise, numa perspectiva marxista, Offe apresenta algumas razões que modificaram a relação de apoio mútuo entre a democracia de massa e as políticas sociais protecionistas, ocorrida em alguns países da Europa Central, a partir da década de 80.

São as mais diversas: as derrotas dos partidos sociais democráticos e socialistas; o lento declínio dos orçamentos destinados aos programas sociais, obrigando a uma maior seletividade da clientela; a mudança nos padrões de conflitos, agora norteados para outras áreas: os direitos de cidadania e as questões ecológicas, feministas e pacifistas; a substituição da ideologia dos militantes da esquerda política, de caráter igualitário-coletivista, “enquanto os ideais e projetos libertários, antiestatizantes e comunitários tornam-se cada vez mais dominante” (p.285).

Na sua análise, Offe enfatiza o papel do indivíduo como agente transformador da sociedade welferiana, uma vez que eles, além de co-participantes desta sociedade, são dotados de crenças, interpretações, memórias e expectativas, utilizando, via democracia, do direito de voto para a obtenção dos seus ideais.

Enquanto um ser, agente racional das políticas sociais estatais, o indivíduo só apoia os bens produzidos para coletividade se acreditar na existência intrínseca de uma relação de confiança, de reciprocidade, simpatia e justiça, compartilhada com os seus semelhantes, também agentes doadores de bens coletivos. Nesta reciprocidade de sentimentos e de doações, cristaliza-se uma identidade coletiva, ao se criar uma certa noção de comunhão de

interesses, onde a alteridade transveste-se em similitude, condição essencial para uma cooperação duradoura e solidária.

A formação da identidade coletiva assegura a operacionalização dos bens coletivos, com o aval de uma dupla confiança: a social (confiança em outras pessoas) e a temporal (crédito na validade e obrigatoriedade das normas e instituições).

Segundo Offe, foi a partir da década de 70 que a solidariedade, o cimento da coesão social, começou a enfraquecer-se, abrindo brechas na estrutura social coletivizada, fragmentando-a; neste processo, o ser coletivo dá lugar ao indivíduo que, agindo sob a razões racionais-calculistas, modela um novo padrão de estrutura social, onde a pluralidade de grupo e categorias relativamente pequenos ocasiona a formação de novos e diferentes conflitos.

Na visão deste autor são seis as causas subjacentes ao processo de desestruturação das comunidade, que motivaram o declínio do Estado de Bem-Estar:

a) disparidades de oportunidade de vida entre os trabalhadores assalariados (etnia, sexo, região, nível de qualificação) que impedem a homogeneização de interesse;

b) formação de uma “classe excedente”, não considerada como exército de reserva, que depende das *benesses* do Estado;

c) dificuldade de formação de alianças em prol das políticas retributivas, pela fragmentação e pluralização dos interesses;

d) declínio ao apoio às metas e objetivos das políticas sociais, principalmente à máquina burocrática que as implementam;

e) falta de motivação da alta e baixa classe média que, como segmentos especializados da classe operária, não querem mais pagar o ônus de beneficiar clientelas supostamente inferiores em termos morais (mães solteiras, por exemplo) e minorias étnicas e nacionais;

f) falta de programas ou de projetos dos partidos socialista ou trabalhista que inspirem uma transformação sócio-política, diminuindo o apoio moral indispensável ao Estado de Bem-Estar.

Qualquer que seja a tese que justifique a existência da crise, o que realmente aconteceu foi o recrudescimento do embate marginalista (conservador) *versus* marxista (progressista):

(...) *”sendo que o primeiro, rezando numa cartilha neoliberal, preconiza o retorno do Estado mínimo; o segundo advoga um novo padrão de política social, baseada num regime político onde imperem a participação, a descentralização e a democratização, de modo a produzir verdadeiramente um quadro alternativo para a crise atual que não abdique dos valores de equidade social e democratização de todos os espaços vitais”* (Draibe & Henrique, 1988, p.50).

O fato é que com a falência do *Welfare State*, houve necessidade de formulação de um novo quadro teórico, de uma nova concepção de Estado, que respondessem às transformações observadas na sociedade, onde o cidadão é incitado a participar ativamente nas decisões governamentais.

É o advento do ideal da Democracia participativa, o quarto modelo preconizado por Macpherson (1978).

2.1.3- A DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

O movimento por um modelo de democracia com maior participação comunitária começou na década de 60, iniciando-se como uma bandeira estudantil de uma facção da esquerda, difundindo-se, nas décadas seguintes, para as classes trabalhadoras.

O modelo vigente, caracterizado pela escassa participação dos cidadãos nas decisões governamentais, pela apatia dos votantes e pela competição das elites políticas, originou uma sociedade onde reina a desigualdade.

A transformação da imagem do homem, de mero consumidor e apropriador de bens para uma nova concepção, requer a princípio que o indivíduo se identifique como pleno executor e desfrutador do desenvolvimento de sua capacidade de cidadão.

Para a existência de uma sociedade mais humana, equânime e coesa há necessidade de uma maior participação política no processo decisório, o que, para Macpherson, implica previamente numa mudança na consciência do povo e na diminuição da atual desigualdade social e econômica.

Na verdade, existe um círculo vicioso que se torna necessário romper: para que haja uma maior participação e democratização é preciso que exista uma mudança prévia da desigualdade social e de sua consciência e, por outro lado, não podemos diminuir a desigualdade sem que haja participação.

A saída é relativamente simples, de cunho pragmático: basta que haja investimentos em qualquer um dos fatores, pois uma mudança incompleta de um levará a uma certa mudança do outro, formando uma espécie de cadeia incremental recíproca.

Estas mudanças são desejáveis para diversos segmentos da sociedade que não mais aceita a expansão do PNB com medida de qualidade de vida, já que estão em pauta outros valores que divergem do mero crescimento econômico, com destaque acentuado para as questões relativas à preservação ambiental.

Paralelo a isto, há a consciência dos custos da apatia política, junto com a crescente desconfiança sobre a capacidade do capitalismo financeiro em reduzir as desigualdades vigentes, especialmente em épocas de crise, quando grassam altos índices de inflação e desemprego.

Estes três fatos vulnerabilizam o círculo vicioso e contribuem para o fortalecimento de uma sociedade mais democrática, que, a partir de uma maior participação política, tenda para um declínio da consciência do cidadão como mero consumidor e busque reduzir as desigualdades existentes.

O capitalismo nos dias de hoje vive um dilema, pois se por um lado ele necessita da desigualdade para poder se manter, por outro ele não pode maximizá-la, pois ao se expandir e ao incentivar a capacidade de produzir bens e lazer, ele necessita cada vez mais de aumentar o número de consumidores com maior potencial de compra, o que implica, em contrapartida, numa redução da desigualdade.

Não há previsão para o fim da crise: sabe-se que ela ao provocar inflação e desemprego, provocará mudanças na base da sociedade, que buscará novamente saída para a reformulação da sua tecitura social.

A participação da comunidade organizada obrigará os partidos políticos a traçarem programas que se coadunem com a nova realidade democrática. A própria concepção de um

Estado ampliado, interventor na vida econômica e social, começa a ser questionada. Em seu lugar surgem teorias que preconizam a participação ativa da sociedade, utilizando como estratégia político-administrativa a descentralização, visando a transferência do poder decisório do nível central para o nível local, mais próximo à comunidade.

2.2- Equidade em Saúde

Pelo desenvolvimento tecnológico, o padrão de atendimento à saúde sofisticou-se, pois se antes a prática médica demandava apenas uma relação de confiança entre o médico e o paciente, a emergência de novos métodos de diagnóstico e tratamento exigiu, pelo seu alto custo, um aparato intermediador com o objetivo de centralizar e coordenar as novas conquistas do arsenal médico, racionalizando os gastos e diminuindo os custos.

A relação formada pelo binômio médico-paciente cedeu lugar à outra mais complexa: médico-instituição-paciente. Os cuidados de saúde passaram a requerer insumos humanos, equipamentos, medicamentos, recursos organizacionais que tornaram proibitivos a sua extensão universal, demarcando um óbice para aqueles que não teriam condição financeira para pagar pelo direito à atenção da saúde.

A saída encontrada pelo Estado capitalista foi implementar medidas distributivas, onde os gastos fossem rateados pelo conjunto da sociedade, permitindo que significativa parcela da população fosse abrangida pela medicina socializada.

A busca por uma maior justiça social, quer por direito à saúde, à habitação, à educação e outros está em íntima relação com o tipo de sociedade subjacente à formação do Estado. Conhecer, portanto, as teorias sociais que consubstanciam e legitimam o poder do

Estado é uma das maneiras de se verificar como se tenta ou não resolver a questão da redução de desigualdade.

A equidade torna-se um problema ou não para o Estado, dependendo da ideologia, dos juízos de valores que o estruturam e de como se comportam os indivíduos, os grupos e o governo na correlação de forças no interior de sua sociedade.

2.21- A EQUIDADE EM SAÚDE E AS TEORIAS DE ESTADO.

Pela teoria de Estado já exposta, temos três correntes teóricas para visualizar os princípios de distribuição e objetivos de equidade em política social, com um recorte direcionado para as ações de saúde. São as teorias Conservadora/Libertária, a Liberal e a Social Democracia (Pereira, 1990).

2.2.1 a- OS CONSERVADORES /LIBERTÁRIOS

A corrente Conservadora/Libertária conforme já vista, centra-se no indivíduo, cujo bem inalienável é a liberdade.

Como os problemas sociais são resultantes de causas individuais, a desigualdade em saúde não constitui um problema governamental e sim uma questão que compete cada um resolver, seria, pois, uma intromissão inadmissível na liberdade individual que o governo institua políticas de fundo igualitário.

Esta corrente elaborada nos primórdios do capitalismo, revigorou-se através do neoliberalismo que despontou após a crise do *Welfare State*.

Para o neoliberal Nozick (1991) uma pessoa só é titular daquilo que recebeu de forma justa: pelo trabalho, por herança ou por transferência estatal de bens adquiridos ilegalmente. Qualquer critério redistributivo teria uma conotação de injustiça, pois estaria interferindo na capacidade, nos talentos individuais, principalmente nos investimentos prévios que cada um fez em relação ao trabalho, à educação e à saúde.

A adoção de um Estado mínimo ultraliberal garantiria que a inexistência de políticas distributivas, pois interfeririam nas dotações e méritos individuais, justificando a desigualdade em nome da liberdade.

Tal teoria, centrada no individualismo, que considera a saúde como um mero bem de mercado, não leva contudo em consideração as diferenças prévias existentes que privilegiaria aos mais afortunados, desconhecendo a compaixão subsistente aos enfermos com problemas crônicos de saúde.

2.2.1.b- OS LIBERAIS

A corrente liberal privilegia mais a propriedade do que a liberdade, com um certo grau de pragmatismo humanitário, com o reconhecimento que as desigualdades existem e podem ser reduzidas, dentro de certos limites.

Dentro desta vertente destaca-se, no campo da justiça social, a teoria “Maximin” elaborada por John Rawls (Porto, 1995; Pereira, 1991).

A sociedade, para Rawls, é semelhante a um sistema cooperativo, com objetivo de obter vantagens mútuas entre os seus associados, que estabeleceriam um contrato entre si.

No estabelecimento do contrato, as pessoas livres e iguais, esvaziariam-se de quaisquer sentimentos positivo ou negativo, e em plena neutralidade axiológica, como se estivessem encoberto por um “véu da ignorância”, que apenas deixasse transparecer os conhecimentos genéricos da sociedade (teorias econômicas e políticas, bases de organização social e leis de psicologia humana), definiriam uma carta de intenção, sob a regência de dois princípios básicos (Porto, 1995).

O primeiro preceito estabelece ser prioritária a liberdade, entendida como um direito igualitário, desde que seja compatível com a liberdade do próximo.

O segundo estabelece que, num quadro de desigualdade econômica e social, um maior número de benefícios deve ser criteriosamente repartido entre os mais desfavorecidos, e que as desigualdades só se justificam se efetivamente houver na sociedade uma justa igualdade de oportunidade.

Por este último princípio, a desigualdade pode ser justificada, podendo vir a ser reduzida através da política “maximin”, que preconiza o máximo de benefício para os menos favorecidos.

Ainda na visão de Porto, o pensamento de Rawls influenciou os princípios da teoria econômica keynesiana, no que se refere à distribuição de bens primários pelo Estado, com os critérios adotados no contrato original

Comentando sobre o “véu da ignorância”, Pereira (1990) ressalta que esta política acordada entre os participantes, de maior favorecimento ao mais desfavorecido, não é motivada pela compaixão e sim pelo medo de vir a se tornar um desses necessitados de ajuda social.

Rawls elaborou uma lista de “bens sociais primários”, cujos critérios de produção e distribuição necessitam de uma intervenção estatal, não podendo ser delegados única e diretamente aos indivíduos e sim repartidos societariamente. São eles: riqueza, posição social, oportunidade, habilidade, auto respeito e liberdade (Porto, 1995).

Apesar da saúde não estar incluída na listagem acima, o princípio de “maximin” rawlsoniano foi utilizada no campo teórico das políticas retributivas sanitárias, no sentido de permitir aos usuários uma justa igualdade de oportunidade de acesso a instituições de saúde, o que se traduz como uma redução na concepção de equidade.

Sem querer ser redundante, a teoria liberal utilitarista, responsável pela maximização das utilidades, quando aplicada na saúde, não poderia deixar de visar, é óbvio, a maximização da saúde; há um destaque para o consumo de bens que favoreça a saúde de uma população em termo de otimização geral, sem levar em conta os aspectos particulares, relativos.

Com este enfoque, foi criado, por economistas ingleses, uma medida que auxiliaria na política retributiva que objetiva a maximização da saúde. É a chamada *QALY's* (*Quality Adjusted Life Years*), padrão utilizado para mensurar os anos de vida ajustados pela qualidade, cuja utilização provoca críticas controversas (Pereira, 1990).

Para este autor, a argumentação básica para que seja contestado o princípio de equidade *QALY* está correlacionado ao seguinte caso: dois indivíduos com o mesmo problema de saúde, sendo que um deles, o “A” é rico, instruído e bem nutrido; o outro, o “B” é pobre e ignorante quanto às regras de conservação da saúde. Ambos recebem o mesmo tratamento, e como não poderia deixar de acontecer, “A” reage melhor à terapêutica e ganha um maior número de *QALY*.

De acordo com o princípio utilitarista imbuído no *QALY*, as atenções em saúde deveriam ser concentradas no indivíduo “A”, o que seria coerente com a fórmula, mas que não representaria uma ação eqüitativa em saúde.

Outra crítica apresentada pelo mesmo autor refere-se ao fato que o padrão *QALY* de atenção à saúde está mais correlacionado a uma concentração dos efeitos do tratamento médico do que nas atividades preventivas, promotoras de saúde.

No que pese as contribuições dos liberais para a discussão da desigualdade e para a questão da equidade em saúde, o referencial teórico encontra-se em forma potencial, necessitando ainda de um longo percurso, de modo a tornar válida a aplicação de seus princípios.

2.2.1.c- OS SOCIALISTAS-DEMOCRÁTICOS

Enquanto as duas vertentes anteriores centravam-se no indivíduo, os adeptos da social-democracia têm como epicentro de suas teorias a coletividade, reconhecendo como valores básicos a liberdade, a igualdade e a camaradagem, outro nome para a solidariedade.

A liberdade tem uma concepção mais ampla do que nas outras teorias, pois engloba a segurança econômica: não existe liberdade em regimes onde impera a desigualdade econômica, pois fica implícito a sujeição de um indivíduo a outro (Pereira, 1990).

A solidariedade é também outro nome da fraternidade, que envolve a associação a outros termos subjetivos: cooperação, altruísmo e participação, em contraposição aos valores liberais de competição e individualismo nas ações.

Continuando com as análises de Pereira, o autor ressalta a importância desta corrente no que se refere à igualdade, a ponto de ter o seu conceito de justiça social associado à palavra igualitarismo, interpretado, na prática, como uma equalização de benefícios individuais.

Parte desta teoria a definição de Igualdade de bem-estar e Igualdade de recurso. A primeira, pressupõe uma redistribuição de recursos entre indivíduos de tal modo que a igualdade de bem-estar entre eles seja idêntica; o mesmo processo é utilizado para a obtenção da Igualdade de recursos.

Apesar da definição destes tipos de igualdade existem questionamentos sobre a sua aplicação no campo das políticas sanitárias, o que as tornam impeditivas para a conceituação de uma política eqüitativa dentro do igualitarismo.

Ainda de acordo com Pereira, a melhor formulação teórica apresentada pela social democracia para obtenção de equidade na produção de saúde foi a apresentada por Sen.

A abordagem adotada por Sen tem como marco referencial a capacidade humana em transformar os bens sociais, saúde e educação, por exemplo, aproveitando-os, não em estado bruto, mas como produtos intermediários característicos, transformados pela ação do homem: eficácia clínica, no caso da saúde e os conhecimentos e a sabedoria, no caso da educação.

A capacidade do indivíduo aproveitará (ou não) as características intermediárias dos bens sociais, utilizando-as em funções correlatas, ou seja gozar de uma boa saúde ou ter uma boa formação cultural. Entretanto, é indispensável que os fatores ambientais e as características pessoais pré condicionem tal capital humano (as capacidades), e ao mesmo tempo interfiram neste processo funcional.

Os fatores ambientais irão influenciar diretamente a capacidade individual, além de condicionar que os bens caracterizados, a eficácia clínica, por exemplo, dependam diretamente da disponibilidade de uma rede formalizada de cuidados médicos.

As características pessoais, a idade, o grupo sócio-econômico a qual o indivíduo pertença, irão também, por sua vez, influenciar diretamente a sua capacidade vital, ao mesmo tempo que interferirão na sua vida funcional, permitindo ou não que goze de boa saúde.

A importância desta abordagem está no fato de interrelacionar as potencialidades humanas do qual o indivíduo é titular a uma igualdade de acesso a bens sociais:

“Assim, se um indivíduo é ou não capaz de atingir um estado saudável dependerá do seu acesso a bens produtores de saúde, e da sua titularidade de funções produtivas de saúde, em si próprios determinados, em parte, pelo acesso aos bens de consumos. Em suma, no que diz respeito à equidade, igualdade de capacidades implica igual acesso aos benefícios de saúde” (Pereira, 1990, p.416).

Para o autor, esta conclusão está em consonância com a ideologia social-democrata que fundamenta a existência de justas oportunidades para todos os cidadãos na criação de instituições com fins sociais.

Esta afirmação, no entanto, é contestada por Travassos (Porto, 1995) que discrimina uma diferença entre “equidade em saúde “ e “equidade no uso dos serviços de saúde”.

Ele parte do princípio de que as necessidades em saúde são determinadas socialmente e que o uso de instituições de saúde dependem não somente destas necessidades, como também: a) da oferta de serviços existentes; b) da forma como eles

estão estruturados em termos organizacionais e gerenciais; c) da qualidade profissional dos recursos humanos.

Talvez seja por este aspecto subjetivo, que as ações eqüitativas sejam mais analisadas em termos de indicadores coletivos, apesar das inúmeras deficiências encontradas.

2.2.2- EQÜIDADE EM SAÚDE E OS INDICADORES SOCIAIS

No que pese a importância desta assertiva, as diretrizes da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) preconizam para o setor a reestruturação e a expansão dos sistemas de serviço em saúde, visando três objetivos: melhorar a eqüidade, a eficácia e a eficiência (Musgrove, 1983).

Este autor, utilizando-se de cálculos estatísticos, analisou as desigualdades e iniquidades em saúde como dados probabilísticos; ele partiu do princípio que a desigualdade total entre os indivíduos que compõe uma população consiste em dois componentes: a desigualdade entre grupos e a desigualdade no interior dos grupos.

Ao se classificar a população em grupos devem ser observados dois preceitos: o máximo de homogeneidade interna no grupo, minimizando as desigualdades no seu interior e o máximo de heterogeneidade externa, de tal modo que as desigualdades inter grupais estejam bem discriminadas.

Na saúde, os dados populacionais mais utilizados são: sexo, idade, distribuição geográfica e fatores sócios-econômicos.

Ainda segundo Musgrove, a desigualdade regional expressa uma pequena fração da desigualdade total, à exceção de duas situações: em casos de doenças de prevalência em regiões específicas (malária, por exemplo) e em casos onde a população tem que se manter adscrita a uma rede de serviço regional por haver impedimentos (geográficos ou financeiros) que impeçam o seu traslado.

A distribuição geográfica fica restrita à avaliação de provisão de água potável, saneamento e outros critérios fixos.

O critério sócio econômico é muito importante, pois está correlacionado com o poder de compra do indivíduo que, por sua vez, influencia suas condições gerais de saúde, como por exemplo a nutrição, a habitação, o nível educacional etc.

Nos locais em que existam serviços públicos pode haver equidade no tratamento das enfermidades; na sua ausência, os custos hospitalares tornam-se proibitivos para determinados grupos populacionais, agravados pelos gastos em transportes, pelo absenteísmo ao trabalho.

Para o autor em questão, nesta perspectiva, a tarefa prioritária é eliminar a desigualdade na provisão de serviços, o que, permitirá que se possa entender e mensurar a equidade a partir da provisão de serviços e não necessariamente a partir do nível do estado de saúde de uma população. Uma equidade perfeita é considerada como uma igualdade desta provisão de serviços, extensível a toda população.

Tendo em vista que o conceito de equidade é firmado a partir da constatação de desigualdades observadas entre grupos ou no interior de um grupo, Musgrove estabeleceu dois tipos de indicadores que estimam a equidade: os que expressam recursos (ofertas) e os que se referem à utilização dos serviços (demanda).

2.2.b- INDICADORES DE OFERTA DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA.

Entre os indicadores que se identificam com a oferta, os mais utilizados são número de médicos ou de leitos por habitantes e os gastos *per capita* em saúde.

São relativamente simples de se calcular, utilizando informações censitárias e do próprio sistema de saúde, permitindo uma noção intuitiva de equidade, dado que a simples inexistência de serviços impede o seu uso pela população.

De acordo com Musgrove (1983), estes indicadores apresentam quatro deficiências: a) pode-se considerar de forma errônea, que as necessidades são iguais entre os grupos, não se levando em conta as diferenças de riscos de adoecer encontradas entre distintos grupos; b) são utilizáveis em comparações geográficas, não permitindo comparações com outros grupos definidos por outras variáveis (renda por exemplo); c) não fazem distinção entre os diferentes problemas de saúde existentes no interior do grupo ou entre grupos; d) conduzem a duas suposições errôneas: que a população próxima a um serviço de saúde o utilize obrigatoriamente e que em local onde não há serviços médicos não exista a atenção à saúde, uma vez que não consideram os eventuais deslocamentos de pessoas para outras regiões, em busca de atenção médica.

Os indicadores de recursos *per capita* ao mensurar a equidade pela perspectiva dos recursos, e não pelos produtos realizados, pecam também por não fazerem distinções entre os diferentes tipos de problemas de saúde, pois o seu uso elimina a possibilidade de se distinguir eventuais tratamentos mais equitativos no âmbito da saúde.

2.2.b- INDICADORES DE DEMANDA DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA.

Os indicadores de demanda também são estimativos, sendo que mensuram a demanda que utiliza os serviços. Para Musgrove (1983), estes indicadores são melhores do que os anteriores, pois permite observar a taxa de utilização dos serviços instalados, discriminando quais os que têm a melhor, ou a maior, possibilidades de atendimento, inclusive de serviços específicos.

São medidas que incluem o número de consultas, ou de altas hospitalares, ou de partos realizados numa população por 100, 1000, 10 000, ou mais habitantes.

Para Jardimovski e Guimarães (1994), em termos geográficos, tais indicadores apresentam as mesmas deficiências que os indicadores de oferta por pessoa, mas com o agravamento de não aferirem a demanda reprimida, elevada na maioria dos países do terceiro mundo.

Na opinião dos dois autores, é nos países subdesenvolvidos que se verifica com maior nitidez a aplicabilidade da Lei da Atenção Inversa, formulada por Hart, no início dos anos 70. O conteúdo desta lei afirma que as camadas de renda mais elevada têm uma maior facilidade de usufruir os serviços, público ou particular, disponíveis, o que tende a variar inversamente à necessidade da população servida.

Com base nas idéias de Peter West, estes dois autores, Jardimovski e Guimarães, apresentam também uma classificação diferencial muito conhecida e utilizada de equidade, largamente empregada nas questões de políticas de saúde: refere-se a diferença entre equidades horizontal e vertical.

2.2.3- EQÜIDADES HORIZONTAL E VERTICAL

A equidade horizontal preconiza tratamento igual para indivíduos com situações de saúde iguais; a equidade vertical, por sua vez, prescreve tratamentos desiguais para indivíduos com situações de saúde desiguais (Peter West, segundo Jardimovski e Guimarães, 1994).

Embora de fácil compreensão, sua aplicação na prática encontra-se refutada por Le Grand (Vianna, 1989), que expõe um caso hipotético de dois pacientes com a mesma patologia e que recebem o mesmo tratamento (equidade horizontal). Não obstante, um deles, por ter condições físicas superiores, responde melhor ao tratamento, acarretando uma desigualdade de resultado, o que invalida a suposta equidade terapêutica.

Vianna descreve um outro exemplo também apresentado por Le Grand: agora são dois indivíduos apresentando a mesma patologia, com idênticas condições de saúde: apenas um deles aceita correr o risco de uma cirurgia indicada para a correção do problema, mas com um risco de 50% de seqüelas permanentes. A recusa de um deles legitima um tratamento desigual para situações clínicas semelhantes

Pelo exposto, o termo equidade, quando sai do aspecto conceitual, já em si complexo, e passa para o campo mais pragmático das aplicações práticas em saúde, não conduz a uma simplificação esperada.

Certamente, os autores encontram muita dificuldade em conceituar o termo equidade e com isto abdicam, pela sua complexidade, de empregá-la, preferindo utilizar o par igualdade/equidade como categorias sinônimas, ao tratarem a questão da desigualdade.

Em outras palavras, por ainda não haver um consenso em torno do entendimento do que seja realmente equidade em saúde, os autores que tratam de política social preferem

continuar a referir-se à igualdade como forma genérica, apenas despojando-a do senso comum do igualitarismo, uma vez que ressaltam seus aspectos retributivo.

2.2.4- FORMAS DE IGUALDADE

Para Vianna (1989), no campo da saúde, as igualdades/desigualdades sociais apresentam-se sob cinco formas distintas: a) no direito de acesso; b) na distribuição dos recursos; c) na utilização dos serviços; d) no financiamento e no gasto; e) nos resultados.

A primeira, a igualdade no direito de acesso é, segundo o autor, um pré requisito para o acesso equânime, sendo a que predomina nos modelos de saúde estruturados sob as formas de sistema nacional de saúde e de sistema único, modalidades que procuram combater o privilégio e a discriminação da clientela.

A segunda forma não deixa de ser uma complementação da primeira, pois não basta o livre acesso se não houver uma distribuição espacial dos recursos humanos e de equipamentos médicos. A concentração só é justificável quando existirem serviços de alta tecnologia que funcionem como um centro de referência.

Se houver livre acesso e uma equânime distribuição de recursos espera-se que haja uma satisfatória utilização dos serviços; se tal fato não acontece tem que se pesquisar quais são as causas de baixa demanda: as mais comuns são a má localização, o mau atendimento médico e a má administração.

A igualdade no financiamento está correlacionada com a estrutura tributária do país. São consideradas formas regressivas de financiamento se os recursos fiscais tiverem

como fonte principal os impostos indiretos, que tributam de forma homogênea toda a sociedade, e se houver alíquota única para diferentes faixas de renda.

Em relação aos gastos, por variarem de acordo com os diversos custos regionalizados e por se diferenciarem entre os diversos grupos sociais, não é uma forma recomendável para reduzir as desigualdades em saúde, pois o mesmo nível de gasto pode proporcionar diferentes capacidades de insumo em regiões diversas.

A igualdade de resultados independe muitas das vezes de simples aporte de recursos eqüitativos em serviços de saúde, pois conforme já relatado, existem as condições intrínsecas do indivíduo, além da interferência de fatores sociais tais com educação e renda.

Existe uma outra tipologia elaborada por Mooney, citada por Jardimovski e Guimarães (1994), que além de apresentar as igualdades de gastos e de insumo per capita, acrescentam mais quatro tipos, atribuídos a partir das necessidades em saúde: a) igualdade de insumos por necessidade iguais; b) igualdade de acesso por necessidades iguais; c) igualdade de utilização por necessidades iguais; d) igualdade de necessidade marginal.

A primeira tem um aspecto mais eqüitativo, pois transcende a um igualitarismo ineficaz, tendo em vista que preconiza a distribuição de insumos, mediatizada pela reais necessidades em saúde dos indivíduos que, por sua vez, são delineadas pelo perfil epidemiológico e pela relação médico-paciente, mas não claramente definidas, no entender dos dois autores.

É preciso que se tenha a precaução de não se confundir o conceito de necessidade em saúde com o de demanda, pois o primeiro requer a existência de um parâmetro técnico previamente realizado e o outro está correlacionado com o mapa de referência do consumidor, altamente subjetivo.

A igualdade de acesso por necessidades iguais, prioritária, está correlacionada pela oferta de serviços existentes, além de pressupor que os custos de acesso sejam semelhantes para vários indivíduos.

O terceiro tipo, a igualdade de utilização por necessidades iguais, implica em uma noção mais completa de equidade, pois pressupõe que a igualdade de acesso e de insumos por necessidades iguais já tenham sido efetivadas. Nela está subjacente a qualificação atribuída pelos usuários aos serviços ofertados, cujo valor decai se houver filas, entraves burocráticos, aprazamentos longínquos de consultas e procedimentos médicos e outros fatores obstaculizantes.

Deve-se ressaltar-se que, de acordo com a referida Lei da Atenção Inversa, ou Lei de Hart, a destinação de bons serviços médicos para os segmentos populacionais de maiores rendas e para aqueles que possuem maior poder de pressão política, nem sempre os mais necessitados, gera uma evidente situação de iniquidade.

O último tipo, a igualdade de necessidade marginal, refere-se à avaliação das necessidades, via análise custo-benefício, cujo cálculo possibilita uma alocação racional de recursos onde houver uma maior razão de benefícios, com menores custos.

Estrategicamente, ela é importante, pois permite duas funções sincrônicas. A primeira consiste em hierarquizar as múltiplas necessidades em saúde, estabelecendo as prioridades, tendo como referência o fator monetário; a outra está correlacionada à avaliação intra e inter- necessidades de saúde dos indivíduos.

Aqui há uma interrelação destes termos com o conceito de equidade vertical e horizontal, formulado por Peter West, e corretamente apresentada por Jardimovski e Guimarães (1994):

“A dimensão intra-necessidade reflete a noção de equidade horizontal, ou seja, pretende identificar e tratar igualitariamente indivíduos com a mesma necessidade de saúde. A dimensão inter-necessidades, que não é contemplada pelos outros conceitos de equidades apresentados, busca o tratamento apropriadamente desigual de indivíduos em necessidades de saúde distintas, e denomina-se equidade vertical”(p.12).

Os referidos autores finalizam a apresentação da tipologia de igualdade, destacando duas conclusões importantes.

A primeira reporta-se ao papel dos serviços públicos em saúde na redução das desigualdades sociais, as quais extrapolam o âmbito da saúde, dado que há interferência de condições sociais mais gerais.

A outra afirma não existir uma forma unívoca de se definir equidade em saúde, uma vez que sua presença está correlacionada com os ideais de justiça social, presentes em cada sociedade e com outros objetivos do sistema de saúde, os quais entram em constantes conflitos com a própria concepção de equidade.

CAPÍTULO Nº 3 - DESCENTRALIZAÇÃO

Na mitologia grega, Proteu, filho de Poseidon e Tetis era o pastor dos rebanhos marítimos de seu pai.

Dotado de faculdade de prever o futuro, só o fazia a contragosto, quando o constrangiam. Para fugir dos inoportunos, que o consultavam em busca de profecias, costumava ludibriá-los, adquirindo as mais variadas formas (Commelin, 1993).

Semelhante a este personagem mitológico, o conceito de descentralização não representa uma única opinião: é um Proteu que cada um acomoda a sua ideologia, sendo fonte de disputas intermináveis.

“Assim, a palavra transformou-se num autêntico ‘camaleão político’, adquirindo uma funcionalidade particular em cada caso, de acordo com as características de seus usuários, dos momentos e dos lugares de sua enunciação” ...“o termo conta com uma carga simbólica que permite sua manipulação em contextos discursivos diversos, produzindo efeitos de sentidos particulares.” (Tobar, 1991, p.31).

Para que a descentralização fosse objeto de discussão houve necessidade do desenvolvimento da lógica democrática associada ao pensamento liberal que, com seus múltiplos ideários, expandiu o espaço de discussão dos problemas de natureza pública.

Pensar em descentralização é ter por contraponto o conceito de centralização, não como uma categoria dicotômica e sim como a interface de um mesmo problema, ou no dizer do mesmo Tobar “o extremo de um *continuum*” (p.37).

3.1-O PROCESSO DE CENTRALIZAÇÃO ESTATAL

Historicamente, a formação dos Estados-Nações, após a extinção do sistema de feudalismo, exigiu um regime absolutista centralizador, necessário à manutenção dos espaços físico e político conquistados.

O Estado Liberal do sistema capitalista, apesar de garantir a liberdade e direitos civis, via sufrágio universal e partidos políticos, paradoxalmente, para abolir o mercantilismo, necessitou intervir no processo de acumulação de capital.

A necessidade de preservar e controlar a força de trabalho que seria destruída, caso fosse deixada ao livre arbítrio do mercado, somada à necessidade de garantir o processo de acumulação capitalista, justificaram a intervenção do Estado no campo das políticas sociais, destinadas a regular as relações sociais de produção.

A conquista dos direitos de cidadania obtida pela classe trabalhadora deu origem ao Estado de bem estar social (*Welfare State*), no qual o Estado está obrigado a fornecer um mínimo vital a todos os cidadãos.

O sistema do livre mercado deu lugar ao Estado Capitalista, composto de organizações burocráticas e aparelhos institucionais, ordenadores das esferas pública e civil.

Este Estado intervencionista, com alto grau de centralização política, administrativo e territorial, apresentou sua forma mais acabada no Estado de Capitalismo Tardio, caracterizado pelo excessivo espaço do aparelho estatal, pela burocratização e pelo reforço do autoritarismo (Uga, 1991).

O processo de crescimento do capitalismo nos países de periferia, notadamente os da América Latina, concretizou-se às custas do desenvolvimento desigual entre diversas partes de um território nacional.

A desigualdade regional tem originado diversos modelos teóricos destinados a promover o crescimento das unidades locais defasadas no seu desenvolvimento desigual,

entre os quais o processo de descentralização apresenta diversas conotações, de acordo com a ideologia que está subjacente a sua acepção.

Partindo da afirmativa que a concepção de descentralização está associada ao pensamento liberal, o termo em si sofre a influência das duas principais posições político-ideológicas encontradas no liberalismo: o pensamento conservador, incluindo o neoliberalismo, e a corrente progressista, com a proeminência da social democracia, junto com os defensores da democracia participativa.

Conforme já visto, os defensores preconizam a eliminação da iniquidade social através de uma ativa participação política da comunidade, principalmente a localizada no nível local, aquele que se aproxima, mais estreitamente, dos estratos populacionais.

A atual crise mundial enfrentada pelo capitalismo, levando à insegurança dos empregos e à desvalorização dos salários, mobiliza a participação da classe trabalhadora, já em si consciente do custo da apatia política, do ônus representado pelo crescimento econômico e também descrente da capacidade do sistema em atender aos crescentes aumentos de consumo de bens, num ambiente onde impera a desigualdade.

A partir dos anos sessenta e setenta, a centralização tem sido fortemente criticada e no seu lugar apareceu a descentralização como palavra de ordem: os governos autoritários são contestados, a idéia do poder local emerge como um lugar de consenso e expressão de classe e de grupos sociais, buscando anular as disfunções do centralismo: a burocratização, a setorização, a ineficiência do poder decisório e o aumento dos gastos de funcionamento interno dos aparelhos (Borja, 1984).

No plano político-administrativo, a melhor estratégia de se aproximar os cidadãos do *locus* do poder é transferir as instâncias do poder decisório, geralmente localizadas num nível mais próximo ao poder governamental central, para os níveis mais periféricos, contíguos às populações.

Assim, a descentralização é entendida por Vieira (1967) como um processo no qual as estruturas políticas-administrativas locais são revestidas de autoridade, com objetivo de formular suas políticas e desempenhar funções no âmbito local.

Define-se o termo local como uma parte da sociedade nacional, residente em uma determinada unidade subnacional, referindo-se portanto a regiões, estados, províncias, comarcas, departamento, município ou comunas (Mattos, 1989).

Neste nível, segundo Suzana Belmartino (Tobar, 1995), a descentralização aparece com um fator indispensável para incrementar a dinâmica participativa, pela possibilidade maior difusão de informação, pelo “estabelecimento de canais de comunicação entre eleitores e eleitos, técnicos e usuários, e a procura de mecanismo de articulação entre instituições representativas e organizações sociais” (p.41).

Belmartino faz um registro sobre a dificuldade em se implementar a descentralização em órgãos centralizados, graças aos obstáculos criados pela permanência de práticas clientelísticas e autoritárias e pelo domínio hegemônico do saber técnico-científico.

O fato é que o nível local, como micro cosmo do mercado nacional e multinacional, foi apropriado por duas posições ideológicas antagônicas: a teoria neoliberal e a teoria do desenvolvimento e planificação regional, de fundo progressista.

3.1.1- A DESCENTRALIZAÇÃO NA TEORIA NEOLIBERAL.

Os partidários da teoria neoliberal reivindicam a re-estruturação do Estado Capitalista, principalmente após o desmantelamento das políticas sociais preconizadas pelo Estado de Bem-Estar, responsabilizado pelo excessivo crescimento do aparelho estatal, pela centralização e pela burocratização.

A partir da crise dos anos setenta que afetou o capitalismo mundial, houve necessidade de sua reestruturação em capitalismo transnacional; a descentralização passou a receber apoio da corrente neoliberal, apresentando-se como uma estratégia político-administrativa, com o escopo de deslocar os conflitos do nível central para a periferia (Offe, 1980).

O avanço da revolução técnico-científica, especialmente no campo da micro eletrônica, das comunicações e da biotecnologia, propiciou uma crescente onda de internacionalização da economia capitalista, com desenvolvimento de formas de produção baseadas na informação.

O capital transnacional acentua a discrepância estrutural sobre os processos controlados pelo valor (capitais individuais, visando apenas o lucro) e os processos controlados pelo poder (atividades estatais orientadas à manutenção da ordem capitalista, acima dos interesses capitalistas individuais).

Nesta nova ordem, a conformação dos Estados Nacionais tem sido um obstáculo ao avanço do processo de transnacionalização do capital, pois “o Estado Nacional como instituição e como área geográfica das mutações deve desaparecer a favor do mundial e do local” (A. Lipietz, 1987: 75, citado por Mattos, 1989).

Com a finalidade de ter legitimidade e obter apoio das massas, o Estado precisa apresentar-se como representante dos interesses gerais e comuns da sociedade como um todo. Como estratégia, ele utiliza-se de símbolos e de fontes de apoio que escondem sua verdadeira natureza, uma vez que sua sobrevivência pressupõe uma contínua e sistemática negação de sua natureza como um Estado capitalista.

Os conflitos gerados pela necessidades sociais mais gerais (direito à saúde, moradia, transporte, educação, segurança, lazer), por atravessarem a estrutura da classe, são dificilmente administráveis pelas instituições governamentais.

“No capitalismo regulamentado pelo Estado, o centro dinâmico da mudança social localiza-se não mais no conflito global, entre classes, mas transfere-se cada vez mais, nitidamente, para um esquema “horizontal” da desigualdade, de disparidades entre as áreas de vida social” (Offe, 1980, p. 137)

Na visão deste autor, o quadro multinacional político estatal do capitalismo avançado é essencialmente montado para canalizar e mediatizar as contradições decorrentes de sua própria estrutura de classe.

As instituições políticas do Estado, com o objetivo de garantir a estabilidade relativa e a capacidade de adaptação social, administra preventivamente as crises, através da estratégia de uma evasão a longo prazo.

Cria-se portanto um esquema concêntrico de prioridades para as necessidades sociais, onde têm prioridade máxima aqueles interesses considerados fundamentais para a estabilidade política, para o pleno funcionamento do sistema global como, por exemplo, os modernos aparatos da produção e da estrutura militar. As necessidades sociais consideradas mais gerais por atingirem a todos os cidadãos: saúde, educação, habitação, por exemplo, são deslocadas para a periferia de ação estatal. São áreas de crise que, para não produzirem distúrbios no sistema, estão praticamente controladas, mas no todo são abandonadas a própria sorte.

Por esta ótica, a descentralização seria uma estratégia de deslocamento e de amortização de conflitos pelas multiplicações de instâncias de negociação e conciliação (Tobar, 1991).

A carga no nível central é aliviada, promovendo uma maior estabilidade do processo democrático, constituindo-se a descentralização numa ferramenta utilizada para modernização do Estado, aumentando a eficácia e a eficiência dos pares institucionais nacionais, justamente com outros instrumentos: a privatização e a desburocratização.

A estratégia de descentralizar as políticas sociais teria como finalidade a proteção política do governo central, ao delegar às autoridades locais a responsabilidade de implementar uma política redistributiva em época de recessão, onde é imperativo reduzir os gastos sociais.

O ônus político da perda de legitimidade ao invés de se condensar no centro administrativo do Estado, seria dispersado territorialmente, ao fragmentar as demandas sociais, acobertando o processo global de produção das desigualdades, organizado a níveis nacional e internacional.

No âmbito capitalista, a necessidade de descentralização política institucional tem sido justificada por uma gama de racionalização (Barrios, 1984):

1. Argumentos de caráter administrativo - a descentralização contribui para um melhor desempenho governamental, ao reduzir a sobrecarga administrativa.

2. Argumento de caráter político - a descentralização minimiza possíveis ameaças à integração territorial, promove a participação política e alivia as tensões regionais.

3. Argumento de caráter econômico-territorial - a descentralização nos países de industrialização tardia conduz à concentração urbano-regional (áreas metropolitanas).

4. Argumentos de caráter valorativo - a descentralização desenvolveria a autonomia municipal, condição necessária para o estabelecimento de comunidades políticas conscientes e relativamente auto-suficientes.

3.1.2- A DESCENTRALIZAÇÃO NA TEORIA PROGRESSISTA.

Os teóricos neoliberais visam, em última análise, resguardar politicamente o Estado, deslocando os conflitos para as regiões distantes do poder central, com o objetivo específico de atenuar e conciliar as tensões sociais. Por outro lado, os reformistas creditam

à descentralização um papel de transformação democrática, ao estimular uma participação e controle sociais.

Um dos teóricos progressista mais influente, Jordi Borda (1984), considera a descentralização político-administrativa como um meio eficaz na promoção da socialização das classes políticas populares e no desenvolvimento das liberdades individuais, além de promover as transformações sócio-econômicas de caráter igualitário.

No entender deste autor, a descentralização estaria consubstanciada à democracia através da: a) ampliação dos direitos e liberdade civis; b) integração gradativa dos excluídos ou marginalizados à sociedade civil; c) participação e controle populares na atuação das administrações públicas.

Enquanto que os neoliberais objetivam escamotear os conflitos na periferia, de modo a permitir que as instâncias superiores ocupem-se com o conflito básico capital-trabalho, a teoria progressista coloca a resolução dos conflitos como um marco referencial para a redução da desigualdade regional, a partir da participação e do controle popular.

A transferência do locus de conflito teria objetivo e efeito diferentes dos neoliberais:

“O primeiro objetivo de descentralização territorial é justamente descentralizar os conflitos, impedindo que se acumulem na cúpula do sistema nacional de planejamento. A tarefa principal deste é prover uma base de opções para as negociações das organizações sindicais e patronais. Para manter o conflito em limites razoáveis é indispensável que existam diversas instâncias de consenso e que, inclusive, outras clivagens como as provenientes das desigualdades regionais, possam serem processadas com mais ou menos independência do conflito principal” (Boisier, 1985, p. 132).

Concordando com esta assertiva, Preteceille (Mattos, 1989), afirma que a descentralização tem como finalidade aumentar o poder, a autonomia de decisão e de controle de recursos, dando responsabilidade e competência às coletividades locais, em detrimento dos órgãos do Estado Central.

Por outro lado, o autor está consciente do perigo da estratégia neoliberal em escamotear os conflitos, ao denunciar que existe um processo paralelo entre a concentração do capital monopolista e a descentralização das políticas sociais para as esferas locais.

Tal correlação, em última análise funcionaria como um mecanismo político de proteção para o governo central que passaria a responsabilidade para as autoridades locais, resguardando-se dos inúmeros conflitos gerados pelo não atendimento das demandas sociais, as quais, por sua vez, ao se fragmentarem, ofuscariam os fatores produtores das desigualdades sociais.

Um outro autor, Rondinelli (Boisier, 1985) faz uma apologia sobre a descentralização, enunciando 14 efeitos benéficos, entre as quais se destaca a facilitação e a implementação de políticas de desenvolvimento desenhadas para alcançar crescimento com equidade, o fortalecimento da capacidade administrativa das unidades regionais, e a habilitação das lideranças políticas locais a identificar seus próprios problemas e prioridades de desenvolvimento.

3.1.3- DESCENTRALIZAÇÃO E IGUALDADE

Rosanvallon (Draibe & Henrique, 1988), ao estudar a crise do Estado - Providência (*Welfare State*) vê como causa primeira a emergência de novos valores e os novos comportamentos emergentes da sociedade capitalista: a afirmação do indivíduo como categoria econômica central e com o máximo da autonomia possível em relação a comunidade e localidade.

Neste tipo de sociedade há uma contradição básica entre igualdade política e civil e igualdade econômica, pois o tipo de solidariedade existente torna opaca as relações sociais reais.

No plano político preconiza-se a eliminação das diferenças dos direitos civis e políticos, pela determinação de uma norma idêntica para todos. Diferentemente, no plano econômico, a demanda por igualdade econômica e social traduz-se como vontade de redução das desigualdades.

Para Rosanvallon, o reconhecimento das desigualdades econômicas, em contraposição a total igualdade de direitos civis e políticos, provoca uma fissura intelectual, cultural, que destrói o alicerce, a cultura democrática e igualitária.

Os mecanismos de redistribuição econômica crescem, sem que haja uma deliberada intenção política de reduzir as desigualdades; o seu custo econômico não expressa qualquer compensação política ou social.

O fato de que todos devem pagar, para que a redistribuição econômica atue sobre grande e pequena desigualdades, provoca um sentimento geral de injustiça, mesclado pela paradoxal mistura de indiferença e “paixão pela igualdade.”

A solidariedade mecânica entra em crise, como se houvesse um deslocamento mecânico do tecido social; como se não mais houvesse o social entre o Estado e os indivíduos.

No entender de Rosanvallon, assim como para todos os teóricos progressista do planejamento e desenvolvimento regionais, a saída para a crise estaria na implantação de uma tríplice dinâmica: a) socialização mais amena, através da desburocratização e racionalização da gestão de grandes equipamentos e funções coletivas; b) descentralização, com remodelação e reorganização de certos serviços públicos, de modo a torná-los mais próximos aos beneficiários; c) autonomia, com transferência às coletividades não públicas (associações, fundações, agrupamentos diversos) de tarefas de serviços públicos.

É interessante notar que nas teorias democráticas, conservadora, liberal e pluralista, a questão da igualdade/desigualdade era tratada em plenitude, como uma

categoria genérica aos seres humanos. Tal fato não ocorre quando se trata do tema descentralização: tanto a igualdade como a desigualdade são regionalizadas, como se fossem circunscritas a um *locum* regional.

3.1.4- A DESCENTRALIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE MUDANÇA.

A descentralização é para Ahumada P. (1982) um processo articulador e racionalizador entre a sociedade civil e o Estado, visando o fortalecimento do governo local, através da ação de diversos atores, existentes na base territorial e social, que se interrelacionam com um ou vários outros atores, em busca da resolução de interesses conflitivos.

Por esta definição, a descentralização é uma estratégia, pois para Boisier (1991): “estratégia é um conceito que descreve e dá conta das forças mediante as quais um ator, individual ou coletivo, se enfrenta e se interrelaciona com um conjunto de outros atores, no marco de uma situação ou interesse conflitivo” (p.19).

Sendo estratégia, a descentralização pode ser utilizada como ferramenta para expandir e intensificar a democracia ou então servir de mecanismo de controle e subordinação.

Sendo considerada como instrumento, ora se preconiza que haja a estatização de determinados serviços públicos, ora se defende a transferência dos mesmos para o setor privado (Tobar, 1991).

Para este autor, a descentralização pública institucional, efetuada de maneira não criteriosa, pode significar um retrocesso do processo democrático, uma negação da cidadania, caso o aparelho público institucional (RES PÚBLICA) for apropriado e manipulado pela esfera particular, originando práticas clientelísticas, com reforço do autoritarismo local: caciquismo ou coronealismo.

O papel transformador da descentralização é evidenciado pelo acima citado Boisier, pois, para ele, com a derrubada do Estado do Bem-Estar e das grandes redes sociais de apoio que o caracterizavam (grande empresa, grande sindicato, emprego estável, e seguridade social coletiva), o espaço nacional foi substituído pelo espaço local, considerado como um novo território de solidariedade.

Na sua concepção, à semelhança do capital transnacional contemporâneo, sem laços de identidade territorial, a ilusão de modernidade criou o cidadão do mundo, desprovido de quaisquer laços atávicos com o território em que nasceu ou em que vive.

A crise da racionalidade moderna detonou o universalismo, resgatando o indivíduo como ser gregário, organizado territorialmente, com o fortalecimento de diversos e heterogêneas expressões de identidades regionais.

Mattos (1989) conceitua a descentralização basicamente, como uma proposta de mudança, de reforma de caráter político-administrativo, onde se objetiva uma redistribuição territorial de poder, com a finalidade de coibir o centralismo decisório, responsável por um conjunto de males que acomete as comunidades locais.

O referido autor enumera cinco tendências que impulsionaram a atual discussão sobre descentralização:

a) Crise de representação política do Estado, originando a demanda de participação política de base dirigida a instituições públicas mais elementares e mais próximas aos cidadãos: bairros, cidades, comarcas, regiões.

b) Crítica ao caráter tecnocrático das grandes administrações públicas, onde o programa centralizado não se coaduna com a realidade local.

c) Existência de desigualdade (de renda, de equipamento, etc.), que se expressa sob a forma de desequilíbrios regionais.

d) Recuperação e reconstrução das identidades locais, incrementadas pelos meios de comunicação, que revitaliza a cultura local, reforçando os sinais e símbolos da vida comunitária. A autonomia do poder local, (a autogestão), junto com a defesa do particularismo e da diversidade são objetivos próprios da tendência cultural a favor da descentralização.

e) A crise econômica tem acentuado a tendência descentralizadora, uma vez que as soluções para a saída da crise passam pela revalorização dos poderes locais representativos, através das instituições públicas mais próximas aos cidadãos.

Este autor tem uma posição ambígua em relação à descentralização, não podendo ser considerado neoliberal nem progressista, não obstante o fato de tratar a questão da descentralização como um modismo ou panacéia, que os países subdesenvolvidos copiam do planejamento de outras nações mais desenvolvidas, sem quaisquer críticas acerca de sua compatibilidade a uma realidade nacional.

Mattos, ao citar Croizier (que declara que não se pode modificar a sociedade por decreto), reafirma a sua descrença em relação à descentralização: para ele uma reforma de caráter político administrativo, enquanto um instrumento de caráter supraestrutural, não tem o poder de modificar os fatores que consolidam a dinâmica sócio-econômica de uma sociedade historicamente estruturada.

Na sua visão, a descentralização não propiciaria a equidade ou transformações sócio-econômica de tendência igualitária, pois para ele não é plausível que os proprietários do capital abdicuem de seu compromisso de acumulação e valorização de seus capitais em nome de um “interesse geral” local.

No entender de Mattos, por mais que se troque a organização territorial da administração do poder, no âmbito nacional, isso não quer dizer que seja o mesmo que modificar as bases econômicas, políticas e ideológica do poder, que se mantêm imutável no

que se refere à apropriação e utilização de excedente econômico, quer em termos setoriais, quer territoriais.

Apesar de não tentar invalidar a importância do papel das utopias como fundamento de práticas sociais transformadoras, ele não acredita em descentralização enquanto uma *praxis* transformadora, pois:

“ Quizás, solamente con una certa dosis de ingenuidad política, se podría admitir la hipótesis de que un proceso de descentralización, al establecer las condiciones para una democracia de base, podría modificar las dinámica socio-económica del sistema y crear las condiciones para promover desde abajo lo que en los hechos significaría una verdadera revolución social, sin por ello cambiar ls rasgos constitutivos del mismo” (Mattos, 1989, p. 103).

Não obstante a justiça de algumas críticas, principalmente aquela que se refere a tradição encontrada nos países do terceiro mundo de se copiar modelos de planejamento elaborados por outros países, em estágio de desenvolvimento econômico-social mais adiantado, há na visão deste autor uma perspectiva niilista, pois não consegue apresentar quaisquer alternativas para uma mudança, quiçá uma transformação.

3.1.5-DIFERENÇA ENTRE DESCONCENTRAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO

Para Lordello de Mello (1991) o conceito de descentralização é eminentemente político, já que significa governo próprio para entidade descentralizada. Existe portanto autonomia (e não soberania, atributo exclusivo dos Estados Nacionais).

Dentro do mesmo país, pode haver variados graus de descentralização, pois os entes federados possuem mais autonomia dos níveis inferiores: município condado, distritos e etc.

Para o autor, é primordial que os termos sejam utilizados corretamente, de modo evitar que sejam propositadamente confundidos, numa apropriação finalística e valorativa. Nesta linha de pensamento, ele ressalta a importância em se diferenciar o processo de desconcentração do de descentralização.

A desconcentração não é descentralização e sim um processo eminentemente administrativo através de critérios espaciais e funcionais. No primeiro, as atividades são localizadas em pontos diferentes da sede central; na funcional, são criados órgãos dotados de autonomia administrativa.

A desconcentração é regida pela legislação de entidade política a que pertence, não podendo assumir leis próprias, ao passo que a descentralização é regida pelas leis adotadas pela entidade descentralizada, dentro dos limites estabelecidos pela Constituição do país.

A descentralização, sendo um conceito eminentemente político, sua aplicação visa o fortalecimento da esfera local, através da ampliação da liberdade e dos direitos públicos nas instituições democráticas; o processo em si não é alcançado de forma isolada e sim dentro de um contexto geral de reformas, onde não é possível a exclusão absoluta de centralização.

No que pese esta ressalva para a diferenciação entre os dois termos, alguns autores a incluem rotineiramente como um tipo de descentralização

3.1.6- PRINCÍPIOS E VERTENTES DA DESCENTRALIZAÇÃO

Lobo (1988) apresenta como objetivos do processo de descentralização a democratização do Estado e a promoção de maior justiça social.

Na sua opinião, para a descentralização ser eficaz, é necessário a manutenção de cinco princípios norteadores: flexibilidade inter e intra regionais; gradualismo, no tempo e

no espaço; progressividade, num avanço crescente; transparência no processo decisório; e mecanismo de controle social. Os dois últimos permitirão o desenvolvimento da responsabilidade civil da população.

A referida autora apresenta três vertentes de descentralização:

- a) horizontal (da administração direta para indireta);
- b) vertical (deslocamento de poder entre os distintos níveis de poder federal, estadual e municipal);
- c) entre Estado e Sociedade (do setor público para o privado).

3.1.6.a- A VERTENTE HORIZONTAL

Esta vertente ocorre quando o Estado delega funções e serviços de sua competência para serem executados por pessoa(s) jurídica(s).

São as fundações, autarquias, empresas públicas que, agindo com a ótica de empresa privada, ao incorporar a lógica do lucro, escapam do controle social, constituindo-se em verdadeiros feudos privilegiados dentro da Administração Pública (Tobar, 1991).

É também conhecida como Descentralização funcional, seguindo a definição de Guait (Teixeira, 1990) que utiliza o termo Descentralização Territorial para designar a transferência de funções ou competências do governo central para órgãos e divisões territoriais, concretizada por dispositivos legais outorgados constitucionalmente.

3.1.6.b-A VERTENTE VERTICAL

O nível vertical refere-se a transferência de poder intergovernamental e é a vertente mais utilizadas no sistema federativo. Com a excessiva centralização, os estados e municípios encontram-se em situação de subordinação política, técnica e financeira, frente ao governo federal.

Ainda segundo Lobo, a descentralização neste nível desdobra-se em duas dimensões: a financeira (redistribuição das receitas públicas) e a político-institucional (reforma no sistema de competências governamentais).

Devido ao despreparo do aparelho técnico burocrático do níveis estaduais e principalmente dos municipais, a descentralização financeira só beneficiaria àquelas unidades locais que alcançaram desenvolvimento nesta área, favorecendo a formação de monopólio e, na prática, propiciando uma distribuição não equitativa (Tobar, 1991).

3.1.6.c- A VERTENTE ENTRE O SETOR PÚBLICO E O PRIVADO

A terceira vertente refere-se a transferência de funções anteriormente executada pelo serviço público para serem delegadas exclusivamente ou em cooperação com o setor privado.

É neste plano de relação entre Estado e sociedade que se torna mais visível o confronto de duas forças antagônicas. Por um lado, a corrente liberal que preconiza o Estado mínimo, redução dos gastos públicos e a privatização, ofertando a descentralização meramente administrativa. Do outro lado, a corrente progressista, que visa promover a melhoria do Estado, a democratização política e a participação social, demandando uma descentralização político-territorial.

No primeiro grupo estão os defensores da privatização de um conjunto de atividades econômicas que foram ao longo dos anos absorvidos pelo Estado.

No segundo estão os que propõem uma articulação maior entre a sociedade civil e o Estado, através da cooperação mútua na prestação de serviços públicos, notadamente na área social.

Aí atuariam associações de moradores, sindicatos, clubes de serviços e outras organizações não governamentais na decisão, implementação e acompanhamento dos programas governamentais na área social.

3.2- DESCENTRALIZAÇÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE

Segundo Anne Mills e outros colaboradores (1990), é uma questão chave para numerosos países a descentralização das estruturas e da administração dos sistemas de saúde, caso desejem obter saúde para todos no ano 2000 e desenvolver a atenção primária em saúde.

Em termos gerais, a descentralização pode ser definida como a transferência de autoridade, ou a dispersão de poder, no planejamento, na gestão e na tomada de decisão no setor público, desde o nível nacional ao níveis subnacionais: distritos, municípios, comarcas, cantões e condados.

Na execução de qualquer processo descentralizador, a primeira medida a ser adotada é providenciar uma revisão dos sistemas administrativos, de modo a efetuar-se uma coordenação eficaz entre as instâncias central, regional e local.

O objetivo maior desta revisão é estabelecer qual o grau de autonomia dos níveis locais e regionais, sem que o nível federal perca a sua soberania.

Este cuidado é necessário porque há uma concepção errônea de que a descentralização e centralização são pólos opostos, mutuamente excludentes, fato que poderá obstaculizar e distorcer o processo em questão, sendo mais correto considerar ambas como um movimento entre os dois pólos que se complementam e integram entre si.

No âmbito da saúde, ao se processar o processo descentralizador, há que se considerar os seguintes fatores:

- a) tamanho do país;
- b) seleção dos níveis subnacionais;
- c) composição dos serviços locais de saúde;
- d) participação comunitária.

Ainda de acordo com Anne Mills, há necessidade de se definir outros fatores coadjuvantes, tais como: estabelecimento de fontes de financiamento e métodos de alocação de recursos; elaboração de orçamentos e controle dos gastos; métodos de controle e supervisão e responsabilidade no planejamento.

A descentralização dos sistemas de saúde pode, na prática, adotar inúmeras formas distintas, em virtude da influência da estrutura e objetivos políticos, da administração geral do governo, bem como o tipo de organização geral dos sistemas de saúde que prevalece especificamente em cada país.

Mediante esta informação, foram criadas algumas tipologias de descentralização.

3.2.1- TIPOLOGIAS DE DESCENTRALIZAÇÃO

Um claro exemplo de apropriação finalística e valorativa do termo descentralização encontra-se na definição das múltiplas formas de descentralização, elaborada por Cohen et al (Barrios, 1984).

Os autores identificam seis formas de descentralização governamental realizadas em países capitalistas:

1. Descentralização administrativa ou desconcentração - uma unidade política independente delega alguns de seus poderes a um de seus agentes localizados em um nível subordinado, dentro de uma organização funcional. Há um reforço e reordenamento das linhas verticais hierárquicas das estruturas governamentais.

2. Descentralização política ou devolução - uma unidade central de comando transfere grande parte de suas atribuições para outro nível governamental.

3. Delegação a agências autônomas - a função de provisão de certos bens e serviços é repassada a agências públicas ou quase públicas de caráter autônomo.

4. Delegação a organizações paralelas ou desburocratização - algumas funções de regulação e controle habitualmente exercidas pelo setor público passam agora a serem assumidas por entes corporativos (associações profissionais e de bairros).

5. Privatização - repasse de atividades públicas de produção de bens e serviços para o setor privado.

6. Auto gestão ou co-gestão - incorporação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão no âmbito de empresas públicas e privadas.

Nesta tipologia estão erroneamente incluídos como conceito de descentralização, alguns meios e objetivos interligados para alcançá-la, tais como desconcentração, desburocratização, privatização e autogestão.

Uma segunda tipologia concebida por Rondinelli, citada por Anne Mills (1990), é mais sucinta, pois apresenta apenas quatro tipos: a) desconcentração; b) devolução; c) delegação; d) privatização.

Estes tipos refletem não só distintos critérios de descentralização, como também distintos graus de poder governamental.

Além do marco jurídico, existem outros fatores que influenciam o grau de autonomia desfrutado pelos órgãos locais. Entre eles se destacam o controle de recursos, o apoio político, a legitimidade assegurada pelas funções exercidas, o conteúdo das normas e regulamentos e as expectativas geradas dentro dos órgãos públicos.

No que pese incorrer na mesma falha que a tipologia anterior, por questão de facilidade didática, esta tipologia será escolhida para a análise.

3.2.1.a- DESCONCENTRAÇÃO

Apesar da ressalva de Lordello de Mello, Rondinelli (Mills, 1990) considera este tipo como a forma mais moderada de descentralização, pois consiste na transferência de certo grau de autoridade administrativa para escritórios locais, com a finalidade de aliviar os encargos dos órgãos centrais.

No caso do sistema de saúde, seria a localização de um escritório do Ministério da Saúde em uma determinada região, cujos recursos humanos recebem uma supervisão do nível central.

Para que a desconcentração seja eficaz, é necessário que o governo local aumente sua participação no total das despesas do sistema.

Como no caso da saúde os gastos são fixos e elevados, a questão que se apresenta é como dotar de recursos o nível político-administrativo local, cuja base tributária não permite arcar com as despesas em saúde e, ao mesmo tempo, garantir, como contrapartida, uma produção efetiva de serviço

Se os recursos locais são em sua maioria arrecadados sob a forma de tributo, há efetivamente um aumento da capacidade decisória local, pois estes recursos estão isentos de quaisquer exigências acerca de sua utilização. Caso a arrecadação das finanças locais seja basicamente feita através de contribuições, há uma restrição no livre emprego destes recursos, que são atrelados a programas governamentais específicos.

Em muito dos casos, a transferência de recursos é efetuada do nível central para o local, sendo que as verbas alocadas e disponíveis para a saúde ficam restritas ao manejo do poder central. Quando estas transferências chegam ao nível local com uma destinação *a priori* especificada, impedem que os gestores locais tenham liberdade para decidir sobre a sua alocação.

Por ser um simples deslocamento de poder administrativo, sem autonomia financeira, na verdade serve mais como mecanismo para fomentar os poderes centralizados do que para efetivar uma real descentralização.

3.2.1.b- DEVOLUÇÃO

Esta modalidade, considerada pelo seu idealizador Rondinelli (Mills,1990) com uma forma radical de descentralização, delega um maior poder aos órgãos locais, pois reestrutura os mecanismos de financiamentos, além de promover o fortalecimento da gestão local, graças ao aumento de autonomia.

Normalmente, o nível subnacional tem uma personalidade jurídica definida, espaço geográfico delimitado e uma autoridade constituída com incumbência de conseguir fundos e efetuar os gastos. Sua total autonomia é rara, mas tem grande independência em relação ao governo nacional.

No caso de se implementar uma descentralização por devolução, há uma exigência de uma prévia autonomização financeira do nível local que, além de se mostrar suficiente para absorver os encargos financeiros decorrentes dos serviços descentralizados, permita uma certa homogeneidade de recursos quer à nível estadual, quer à nível municipal.

Segundo Tobar (1995), caso estes pré requisitos não sejam satisfeitos, a devolução não deixará de ser apenas uma forma de deslocamento de conflitos, numa estratégia de evasão de responsabilidade.

Na saúde serão condicionantes: um sistema de finanças locais que garanta estabilidade e continuidade aos encargos de saúde; uma capacidade instalada compatível com a demanda; uma apuração criteriosa dos custos unitários da produção de serviços médicos, de modo a permitir uma elaboração de múltiplas unidades orçamentárias, condição indispensável para a implementação administrativa da descentralização.

Não é comum, em países subdesenvolvidos, a estrutura de um governo local bem desenvolvido. As experiências efetuadas em países africanos demonstraram que os recursos para o financiamento dos governos locais não decorreram de recursos próprios e sim de subsídios do governo central.

Os gastos fixos em saúde são bem elevados. Os encargos de saúde, em mãos dos governos locais, tornam-se proibitivos para um orçamento cujo recursos são constituídos basicamente por impostos prediais e territoriais, que não podem ser elevados arbitrariamente. Desse modo é comum haver uma subvenção federal para as atividades em saúde, o que explicita uma clara diminuição da autonomia local.

A devolução, por sua vez, dificulta o estabelecimento de uma hierarquia lógica dos serviços em saúde, que se reflete como obstáculo para a criação de uma estrutura regionalizada, tipo distrito sanitário.

A devolução pode ser uma exigência do nível local ou então uma imposição do nível central, opções que terão efeitos e consequências específicas.

3.2.1.c- DELEGAÇÃO

Este tipo de descentralização compreende a transferência de responsabilidades administrativas para certas organizações que se encontram fora da estrutura do governo ou as que são indiretamente controladas por ele (“as paraestatais”).

Seus objetivos são vários: evitar a ineficiência da gestão governamental direta, controlar melhor os custos, além de promover uma organização dinâmica e flexível, promovendo, desta maneira, uma maior eficiência na administração de serviços públicos.

Na delegação, o governo central mantém a máxima responsabilidade no processo, mas delega aos seus agentes amplas atribuições para executar suas funções e deveres específicos.

No campo da saúde tem larga aplicação na gestão de serviços médicos universitários, sendo utilizada em países que mantêm um serviço de saúde e de educação estruturado sob a forma de seguro social.

No caso de se delegar todas as funções sanitárias a estes órgãos paraestatais, a missão do Ministério da Saúde fica restrita à estratégia política.

Como, normalmente, são delegadas algumas funções sanitárias específicas a estes órgãos, ocorrem problemas de coordenação entre as atividades exercidas por eles com as desenvolvidas pelo ministério, havendo duplicação de serviços prestados.

Em saúde são quatro as estratégias utilizadas na delegação de serviços. A primeira pode ser efetuada via convênios do Ministério da Saúde com órgãos locais de saúde, que são ressarcidos de seus gastos com uma produção de serviços pré definida, através de repasse de um montante orçamentário pré fixado.

A segunda está representada pela assistência de um determinado segmento social efetuado por sindicato, associações de classe que recebem repasse de recursos para esta finalidade.

A terceira estabelece um sistema de pagamento, onde o governo central repassa recursos para a esfera local, mediante a apresentação de uma fatura que quantifica financeiramente os serviços médicos produzidos localmente.

Finalmente, a derradeira estratégia consiste em passar para a administração indireta todos os órgãos de saúde de caráter direto, com a finalidade de aumentar sua flexibilidade administrativa.

São vários os quesitos necessários para satisfazer a delegação, entre os quais se destacam: garantia de fluxos financeiros adequados aos encargos delegados; normas e padrões de serviços a serem obedecidos pelos órgão delegados; assessoria, supervisão e treinamento das unidades descentralizadas, além de controle e avaliação do seu

desempenho por parte do órgão delegante; prestação de conta periódica dos recursos repassados; um sistema adequado de incentivos financeiros para as unidades delegadas.

Pode ocorrer também que estas instituições delegadas, de caráter paraestatal, não estejam efetivamente descentralizadas em relação ao nível local, não só porque o poder está sumamente localizado no seu interior como também não houve uma desconcentração concomitante ao processo de delegação.

3.2.1.d- PRIVATIZAÇÃO

A questão da municipalização encontrou ressonância a nível mundial com a crise do *Welfare State*.

Os gastos do Estado em educação, saúde, habitação, seguridade e serviços sociais, junto com as despesas do governo federal em auxílio desemprego, auxílio a necessitados, programas governamentais de assistência médica e serviços sociais levaram os setores neoliberais, ou nova direita, a reduzir os gastos relativos ao bem estar social, reduzindo a tributação e elevando os gastos sociais com defesa, com a lei e com a ordem.

“Nesse sentido é uma implicação lógica dos princípios econômicos da nova direita procurar reverter a tendência de pós guerra de expansão da atividade pública (baseada no Estado, desmercantilizada) em detrimento da atividade privada (relações mercantilizadas baseadas no mercado) (King, 1988. p.72).

A lógica subjacente a esta posição neoliberal pressupõe que a produção de bens e serviços, baseada no mercado, vai assegurar a adaptação destes produtos a livre escolha do consumidor, garantindo a eficiência e a produção, por causa do incentivo ao lucro.

Nesta modalidade está implícita a transferência de funções governamentais a organizações beneficentes ou a empresas privadas, lucrativas ou não lucrativas.

A organização voluntária para prestação de serviço, tipo religiosa ou filantrópica, tem sido uma constante em países em desenvolvimento; alguma vezes tais instituições são absorvidas pelo governo, quando apresentam problemas financeiros.

Na incapacidade do setor público de ampliar a sua capacidade instalada, necessitando aumentar sua cobertura, sem disponibilidade de recursos para financiá-la, o governo lança mão de certos expedientes, tais como aumentar a tarifa que os consumidores pagam por certos serviços ou então incrementar a participação dos serviços privados no mercado.

A privatização se verifica sob duas alternativas: ou o governo se abstém totalmente de participar das ações de saúde, incumbindo o setor privado de desempenhar esta atividade, ou então ele restringe a sua ação às populações carentes e marginalizadas.

Em alguns casos, por retraimento do governo nas atividades de saúde, alguns setores organizados da sociedade civil (sindicatos, associações de moradores ou profissionais, cooperativa etc.) assumem a competência pelo atendimento médico, sem visar a lucratividade, dando a saúde uma conformação de “bem privado” (Tobar, 1995).

Em relação à saúde, alguns serviços sofisticados, que exijam investimento em alta tecnologia, entre as quais se incluem as recentes conquistas de imagenologia (tomografia computadorizada e ressonância magnética), são normalmente direcionados para a iniciativa privada, bem como algumas outras atividades controversas, como por exemplo o planejamento familiar, ou aquelas muito onerosas, tal como o atendimento aos geriátricos.

Em certos casos, o governo compra parte de alguns serviços privados, que são indiretamente subvencionados pelo fundo público, o que acarreta a elaboração de mecanismo de pagamento pelo serviço prestado.

A participação majoritária do setor privado no mercado exige, por parte do governo, um maior controle nas metas sanitárias programadas para o nível nacional e local, além de requerer uma firme autoridade governamental para vigiar a oferta e a qualidade dos serviços de saúde, incluindo a atuação da indústria farmacêutica.

No entender do acima citado Tobar, quando o governo institui nas suas unidades próprias de saúde o modelo de prestação de serviço, calcado no mesmo mecanismo utilizado para remunerar o setor privado contratado, ele, na verdade, está configurando o sistema de saúde na mesma perspectiva da lógica privada de compra e venda de serviço, fato que evidencia uma certa continuidade entre delegação e privatização.

É no âmbito da privatização que se trava, com maior vigor, a luta ideológico entre os neoliberais e os progressistas.

Os primeiros expressam o ideal do mercado livre, com uma irrestrita compra e venda dos serviços de saúde.

Os progressistas, que têm como objetivo governamental uma igualdade de acesso na atenção à saúde, defendem a concretização deste direito, por eles, considerado inalienável, uma vez que a saúde não pode ser considerada como uma mercadoria inacessível a grande parte da população.

3.3- MECANISMOS DE FINANCIAMENTO DA DESCENTRALIZAÇÃO

De acordo com Tobar (1995), as quatro formas mais comum de financiamento da descentralização são:

- a) orçamento global;
- b) transferências automáticas;
- c) transferências negociadas;

d) pagamento por prestação de serviços pré executados.

3.3.1- ORÇAMENTO GLOBAL

A dotação para cada unidade regionalizada do país, para os diversos programas sociais é realizada através de negociações entre o governo central e os respectivos representantes dos interesses locais.

Este instrumento serve para o governo, via ministérios, alocar recursos aos níveis locais, em troca de uma certa produção de serviço, tendo como parâmetros a medição de custos e a programação dos gastos, apresentados pelos planejadores locais.

Em contrapartida, os níveis locais são obrigados a apresentar, baseados nos parâmetro acima citados, um orçamento-programa, onde consta uma programação e um planejamento das atividades a serem desenvolvidas no ano seguinte, como se fosse uma “carta de intenção” que selasse os compromissos firmados (Tobar, 1995).

A alocação de recursos no orçamento global pode ser feita por duas técnicas principais: numa o governo central fixa *a priori* o valor máximo de recursos a serem repassados e que não podem ser ultrapassados; na outra há uma consulta prévia ao nível local que estabelece, com maior autonomia, o quantitativo de recursos necessários, mensurados por custos e programados por gastos, com o nível central efetuando ajustes, *a posteriori*, à proposta elaborada pelos técnicos locais.

Este último método de elaboração de orçamento global é mais utilizado em países onde a descentralização modelou um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, com uma população adscrita às unidades médicas.

O valor é definido *per capita*, com utilização de cálculos atuariais, tendo como parâmetro a probabilidade que uma população, dividida por sexo e idade, tem de adoecer e de utilizar os serviços de saúde.

Os custos médios de cada serviço de saúde é estimado per capita, estabelecendo-se um montante pré fixado e proporcional à população adscrita. Os repasses são efetuados mensalmente, sem que haja necessariamente uma correlação entre o valor pago e os serviços prestados, o que, em última análise, incentiva a subprestação de serviço.

Apesar desta desvantagem, este sistema de pagamento tem um aspecto redistributivo favorável, pois permite alocar valores *per capita* diversos, de acordo com as características social e econômica da população adscrita (nível de renda, perfil epidemiológico), além de favorecer a classificação, por nível de complexidade, das unidades de saúde.

No caso de um orçamento global elaborado por técnicos de nível central, sem que seja consultado o nível local, observa-se, na prática, que este novo orçamento global é uma simples transcrição do ano anterior, ajustado por taxa de inflação anual:

“ Assim cada orçamento acaba se transformando num mero espelho daquele do ano anterior, no qual a existência de um determinado item de despesa se torna a razão para a sua repetição no orçamento do ano seguinte, em magnitudes semelhantes” (Ugá, 1994, p.78).

Em países aonde a inflação é incontrolável, a crescente desvalorização da moeda torna, na maioria das vezes, o orçamento uma peça de ficção.

A autora em questão, garante que uma das virtudes deste tipo de financiamento é a indução de maior controle dos custos, tendo em vista a obrigatoriedade da unidade local ter que desenvolver suas atividades, de acordo com os recursos que lhes são reservados.

Este tipo de financiamento exige um sistema de supervisão e controle; em sua ausência não haverá um aumento de eficiência, pois não existe um incentivo para ampliar a oferta nem para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

3.3.2- TRANSFERÊNCIAS AUTOMÁTICAS

Consiste numa transferência de recursos a algumas unidades locais, com alíquotas diferenciadas, onde entram no cálculo variáveis diversas: critérios epidemiológicos, configuração demográfica, equidade na distribuição geográfica dos serviços e outros.

Tem a seu favor o fato de ser uma forma mais transparente de alocação de recursos e no âmbito da saúde apresenta como desvantagem uma série de imperfeições: incentiva o direcionamento das ações para as áreas de menor risco econômico, estimula a sub prestação e a baixa qualidade dos serviços prestados (Tobar, 1995).

3.3.3- TRANSFERÊNCIAS NEGOCIADAS

Na sua elaboração, assemelham-se ao orçamento global por requererem prévias negociações entre os níveis central e local. Diferem da forma anterior, por terem uma destinação previamente especificada, exigindo uma contrapartida financeira por parte do ente local, com o objetivo de impedir a ausência do governo local nas ações de cunho social (Tobar, 1995).

Utilizam, como instrumento técnico viabilizador, os convênios, onde podem ser consignadas recompensas e punições em caso de bom ou mau desempenhos.

O emprego de um tipo de transferência não exclui a adoção de outra, pois cada uma presta-se a diferentes modalidades de financiamento.

3.4- PAGAMENTO POR PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PRÉ EXECUTADOS

No caso específico da saúde, existem três modalidades de pagamento por prestação de serviços previamente executados; a) repasses por diária hospitalar; b) por ato médico; c) pagamento prospectivo por procedimento (Ugá, 1994).

3.3.4.a- REPASSES POR DIÁRIA HOSPITALAR

Este tipo de pagamento está exclusivamente relacionado com as internações hospitalares, excluindo os serviços ambulatoriais.

O valor da diária é estabelecido a partir dos seus custos médios, onde incluem-se ou não os honorários médicos, variando conforme as complexidades do hospital e da clínica que realizou o tratamento (UTI, por exemplo). Desta maneira, o reembolso pelo tratamento não é efetuado pelo custo efetivo do tratamento realizado e sim pela média dos custos (Ugá, 1994).

Duas desvantagens advêm deste método: um aumento de permanência desnecessária, aumentando o risco do paciente contrair infecção hospitalar e uma imprevisibilidade dos fluxos financeiros, variáveis conforme a produção alcançada.

3.3.4.b- PAGAMENTO POR ATO MÉDICO

Esta forma de pagamento discrimina, item por item, todos os serviços intermediários executados no paciente (exames laboratoriais, RX, hotelaria, cirurgia etc.), multiplicando-os por um valor previamente estabelecido para cada unidade de serviço realizada.

O reembolso é efetuado mensalmente, correspondendo ao somatório de todo serviço prestado ao paciente.

Tem como desvantagem óbvia a realização excessiva, quiçá desnecessária, de exames intermediários, principalmente os mais onerosos, além da imprevisibilidade de fluxo financeiro para a instituição de saúde (Ugá, 1994).

3.3.4.c - PAGAMENTO PROSPECTIVO POR PROCEDIMENTO

Este método baseia-se numa relação de compra e venda de serviço entre um órgão financiador e uma unidade prestadora. Os serviços finais executados pela unidade são classificados por procedimentos, entendendo este termo com um conjunto diversificado de diagnósticos médicos que requisitam formas homogêneas de tratamento, com uma similaridade de exames complementares.

Apesar da singularidade de cada paciente, na prática hospitalar há uma certa homogeneidade nas condutas médicas, tendo em vista haver alguma similitude entre os indivíduos, quanto às características demográficas, sociais e econômicas (Braga Neto, 1990).

Por isso, não obstante a diversidade inicial dos casos diagnósticos dos pacientes, há como que uma padronização quanto ao consumo de recursos, pois os tratamentos se assemelham, apresentando, no conjunto, um custo médio aproximado.

Assim foi criado, nos Estados Unidos, um sistema de classificação, baseado em grupos de diagnósticos relacionados ou homogêneos, conhecidos pela sigla DRG (*Diagnosis Related Groups*) que, sendo em torno de 500, são periodicamente reavaliados (Ugá, 1994).

Para cada DRG há um valor preestabelecido, daí dizer-se que este modo de pagamento é prospectivo, que pretende remunerar de forma global o procedimento médico-assistencial, cirúrgico ou clínico, independente do tratamento e dos métodos diagnósticos utilizados.

O reembolso para as unidades de saúde é mensal, feito posteriormente ao serviço executado, sendo o somatório de cada procedimento multiplicado pelo seu respectivo valor.

Se por um lado, este sistema incentiva o aumento de eficiência, por outro, ele não leva em conta que existem unidades de saúde com complexidades tecnológicas mais sofisticadas, com profissionais com capacitação mais aprimorada e que realizam os mesmos procedimentos com custos mais elevados.

Em busca de uma maior racionalidade dos gastos, alguns métodos de investigação diagnóstica são evitados, praticando-se uma medicina simplificada, com característica sintomática, uma vez que menos despesas representam mais lucratividade.

Este sistema, além de estimular as altas precoces, visando obter mais recursos com as reinternações, predispõe a uma seletividade no atendimento dos casos: os procedimentos mais onerosos, os pacientes crônicos ou de maior gravidade, que demandam um permanência hospitalar prolongada, são preteridos em favor dos casos de maior rapidez e lucratividade.

Um outro perigo reside nas prováveis fraudes de diagnóstico, onde procedimentos simples podem ser rotulados por outros mais lucrativos, distorcendo as estatísticas geradas a partir destes dados.

Não obstante estas distorções, Tobar (1995) acredita que os DRG são os instrumentos de financiamento recomendados para a descentralização efetuada sob a formas de delegação e privatização, graças à oportunidade de se estabelecer uma receita ajustada a cada tipo e ao volume de produção.

CAPÍTULO Nº 4: EQUIDADE E DESCENTRALIZAÇÃO

NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

“Conta a mitologia grega que Procusto, famoso salteador de Ática, detentor de uma anomalia de personalidade, construiu um leito que levou o seu nome.

Neste leito ele supliciava suas vítimas, tomando o cuidado de fazer com que todas coubessem na cama. Àquelas de menor tamanho ele esticava, já as maiores ele esquartejava, em tantos pedaços quantos fossem necessários para que o leito fosse preenchido”.

(transcrito de Ricachenevsky, 1995).

Desde a sua gênese, o sistema de saúde brasileiro não primou pela equidade: a primeira escola de medicina, fundada por D. João VI, destinava-se aos “senhorzinhos” que, por qualquer impedimento, não podiam se graduar na Europa e que dela saíam formados em doutores, direcionando a sua clientela para aqueles que podiam pagar seus honorários.

Aos demais, restavam a terapêutica caseira de chás, tisanas e o recurso extremo de recorrer aos cirurgiões-barbeiros que executavam pequenos procedimentos cirúrgicos, tais como extrair dentes, lancetar abscessos, praticar sangrias, aplicar sanguessugas.

O único tratamento equânime era a prática de partos por parteiras que atendiam da casa grande à senzala, aparando indiscriminadamente todos os nascituros, de “senhorzinhos” a escravos.

No Brasil Imperial, os doutores atendiam seus pacientes em casa, internando-os em instituições médicas particulares, geralmente administradas por freiras, restando aos pobres e indigentes o atendimento gratuito e caridoso das Santas Casas de Misericórdia.

No Brasil da Velha República, com uma incipiente industrialização, houve uma maior abrangência de atendimento médico aos segmentos populares que possuíam um emprego formal no mercado de trabalho.

Data de 1923 a Lei Eloy Chaves que destinava, aos ferroviários, benefícios pecuniários (aposentadoria e pensão para herdeiros) e assistência médica ao segurado e familiares, além de fornecimento de medicamentos, vendidos a preços especiais. Através desta lei que foi constituída a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP) que previu um esquema de financiamento tripartide, com participação dos empregados, empregadores e o Estado.

Em 20 de dezembro de 1926, através do decreto nº 5 109, foram estendidos as demais categorias (marítimo e portuário) os mesmos benefícios concedidos anteriormente, acrescidos de outros: a) aposentadoria por invalidez; b) pagamento de 50% do vencimento aos segurados que prestassem serviço militar; c) auxílio funeral; d) direito à internação hospitalar, em caso de cirurgia; e) assistência médica aos familiares, mesmo após morte do segurado (Oliveira & Teixeira, 1989).

A partir de 1933, foram criados os IAPs, Institutos de Aposentadorias e Pensões, organizados financeiramente nos mesmos moldes das CAPs, delas diferindo pela ampliação do leque de atendimento, agora direcionado para algumas categorias profissionais mais organizadas e com maior destaque no cenário nacional.

Os serviços prestados eram diferenciados pelos diversos IAPs o que, no fundo, refletia o poderio econômico e político de cada categoria organizada:

“Se por um lado, a criação dos IAPs significou a introdução de um elemento de redistributiva entre os empregados de uma mesma categoria profissional pertencentes a empresas diferentes, por outro, não existiam mecanismos redistributivos entre as categorias” (Faveret Filho e Oliveira, 1989 p.30).

Durante décadas, o sistema de saúde vigente privilegiou os empregados formais, "os de carteira assinada", deixando os demais segmentos populacionais entregues a órgãos municipais, estaduais, ou filantrópicos, que ficaram responsáveis pelo atendimento aos trabalhadores informais e aos indigentes.

Para Vianna (1989), a primeira medida equitativa no sistema sanitário brasileiro ocorreu em 1963, com a criação do FUNRURAL, órgão destinado a prestar assistência aos trabalhadores rurais, através de compra de serviços de entidades filantrópicas ou das redes municipal e estadual, ambas rarefeitas e de baixa resolutividade.

Paralelo a este sistema iníquo, que retratava na saúde as desigualdades produzidas no mercado de trabalho, excluindo significativa parcela da população, as ações de saúde foram gradativamente se centralizando, à medida que ficaram atreladas a políticas econômicas emanadas do poder governamental central.

Historicamente, a centralização político-administrativa é uma presença constante nos países latino-americanos, federalistas ou não, no que pese as suas divergências culturais, geográficas e econômicas.

Apesar de não achar consistência acadêmica nas quatro causas formuladas por Claudio Véliz para explicar este centralismo exacerbado, Teixeira (1990) as apresenta, por considerá-las pertinentes sob o ponto de vista histórico.

Na visão de Véliz, a excessiva centralização latino-americana está consubstanciada pela ausência de quatro fatores: a) ausência de experiência feudal; b) ausência de reformas religiosas, com predomínio do catolicismo, hierarquicamente conservador; c) ausência, no plano econômico, de um evento similar à Revolução Industrial; d) ausência, no plano das idéias, de um evento similar à Revolução Francesa.

Teixeira também cita os fatores causais elaborados por López para explicar a realização da descentralização político-administrativa ocorrida nos países centrais, o que, de

certa maneira, justificaria o centralismo latino americano pela ausência destas condições favorecedoras.

São os seguintes: a) formação de um Estado Nacional, antes da industrialização; b) presença de uma burguesia de ideologia liberal, a favor de uma não intervenção estatal; c) uma urbanização decorrente do processo de industrialização.

Quaisquer que sejam as explicações causais, o fato é que o capitalismo para se desenvolver nos países latinos-americanos precisou da existência de um Estado altamente centralizado, com o intuito de manter a soberania nacional, de garantir o desenvolvimento do capital e gerar a urbanização necessária para o fornecimento de mão de obra assalariada.

A crise econômica mundial ocorrida, a partir de 1970, nos países centrais aportou na América Latina na década de 80, originando uma desestabilização dos governos autoritários predominantes na maioria dos países, demandando medidas de transição para a democracia.

A centralização, antes um apanágio dos regimes autoritários, passou a ser responsável por todas as distorções econômicas, considerada como causadora de grande parte dos gastos estatais nos setores sociais, ajudando a ocasionar, em suma, o *deficit* público.

Em busca de providências que auxiliem a sair da recessão, foram preconizadas por setores neoliberais algumas medidas de reformas das finanças públicas, na tentativa de se conter o gasto público.

Dentro desta estratégia se encontram a cobrança de taxas para os serviços de alcance social e a descentralização de algumas responsabilidades públicas, retirando-as do governo central para o âmbito local, no intuito de delegar compromissos, protegendo o governo nacional dos desgastes decorrentes das medidas recessivas.

Conforme já visto, setores progressistas preconizam a descentralização numa outra perspectiva: a transformação das relações entre Estado e cidadãos, ampliando o espaço democrático, via participação e controle social.

Nesta concepção, a descentralização carrega consigo outros valores humanísticos, tais como equidade, eficiência e universalização de serviços de cunho social, os quais, obviamente, ao invés de expandir, pretende ampliar, de forma racionalizadora, os gastos sociais.

Sendo um projeto político administrativo, a descentralização tem que ser efetuada gradualmente, a longo prazo, sem interrupções, com transparência, de modo a fortalecer o governo local, tornando-o apto a cumprir as competências que lhes foram delegadas.

Para se entender a descentralização é preciso conhecer o processo histórico da implantação do processo centralizador do país, aprendendo com seus erros e acertos, aproveitando as conquistas efetuadas e corrigindo as distorções.

4.1- A CENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL

O processo centralizador da saúde efetuou-se com o ascensão dos governos militares, em 1964, que atrelaram as políticas sociais aos vários planos e programas econômicos, editados durante o período de arbítrio. O programa de Ação Econômica do Governo (PAEG) foi o primeiro da série, cujas diretrizes interferiram no processo sanitário do país.

4.1.1- PROGRAMA DE AÇÃO ECONÔMICA DO GOVERNO (PAEG)

O PAEG era um instrumento governamental que visava o controle da inflação que assolava o país, ainda que às custas do aguçamento da recessão (Pena, 1977).

Neste programa governamental, a saúde é compreendida através da existência de dois setores diversamente estruturados: a Saúde Pública e a Assistência Médica Individual.

O modelo de saúde adotado estabeleceu a primazia do atendimento hospitalar, com todo o cortejo de que necessitava: investimento em hospitais, em medicamentos, na tecnologia médica, na indústria farmacêutica e nos recursos humanos, notadamente na constituição de um maior contingente de médicos, com formação técnica especializada.

Direcionado para as áreas urbanas, assegura e reforça, no conjunto, a assistência hospitalar e curativa, os serviços centralizados e a administração racionalizada.

Objetivando a modernização, o sistema de atendimento previdenciário ao trabalhador, fragmentado em vários institutos, foi unificado em 1966, através da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a prestar assistência médica, individual, especializada e curativa aos segurados, em detrimento das medidas de saúde pública, de caráter preventivo e interesses coletivos, delegadas ao Ministério da Saúde.

Para viabilizar a extensão da cobertura assistencial ao segurado, o INPS priorizou, através de credenciamento, a compra de serviços médicos da rede privada, sem que houvesse qualquer tipo de controle sobre as unidades contratadas.

Foi criada uma forma especial de convênio entre o INPS com empresas que terceirizavam a atenção médica de seus empregados, contratando as chamadas “Medicina de Grupo”, desobrigando o contratante da prestação direta deste serviço.

A Constituição de 1967 legitimou o processo de centralização política, administrativa e financeira instituído pelos governos autoritários, soberanos a partir da revolução de 1964.

A manutenção do Decreto-Lei na Constituição de 1967 garantiu a supremacia do poder executivo sobre o legislativo, ao dar ao presidente da república o poder de decisão

sobre matérias referentes à segurança nacional, orçamentação e finanças pública, principalmente na área tributária.

A Reforma Tributária, implantada em 1967, determinou o enriquecimento da União, às custas do esvaziamento financeiro dos Estados e Municípios, que perderam a sua capacidade de investimento, ficando dependentes de transferências de recursos, realizadas através de fundos de participação.

O Decreto-Lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967, ao estabelecer normas para a Reforma Administrativa, indispensável para a adequação da máquina administrativa às necessidades do novo modelo econômico, promoveu a integração entre planejamento e orçamento, reforçando a centralização à nível federal.

Este decreto, no artigo 156, atribuiu ao Ministério da Saúde a competência de organizar e implementar a Política Nacional de Saúde, sendo que o parágrafo terceiro deste artigo subordinou as ações assistenciais de saúde do MPAS às diretrizes emanadas pela referida Política.

4.1.2 -PLANO ESTRATÉGICO DE DESENVOLVIMENTO (PED)

Para o período 1968/1970, foi elaborado o Plano Estratégico de Desenvolvimento (PED), que se diferenciou do PAEG por não se preocupar com o combate à inflação e, sim, com um rápido crescimento econômico, uma vez que as medidas econômicas adotadas contra à inflação, além de inúteis, debilitaram o setor privado, especialmente as empresas nacionais (Pena, 1977).

As atividades de saúde, divididas em dois grupos, receberam no PED a denominação de Saúde Coletiva e Saúde Individual, referindo-se respectivamente às áreas de Saúde Pública e de Assistência Médica.

Os encargos públicos se direcionariam para a Saúde Coletiva, entendida como o combate às doenças endêmicas e com ênfase aos programas de vacinação às doenças imuno-previníveis. Em relação à Saúde Individual, o caráter privado do atendimento médico é reafirmado, mas sob a orientação normativa e o controle dos poderes públicos.

4.1.2.a - PLANO NACIONAL DE SAÚDE

Em 1968, em defesa dos interesses dos produtores privados de saúde, o governo instituiu o Plano Nacional de Saúde, cuja diretriz, liberalizante, previa a eliminação do setor próprio de serviços médicos previdenciários, sendo as instituições repassadas aos produtores privados.

O Estado perderia suas funções de regulador de preços e organizador do mercado, permanecendo apenas como financiador; o consumidor pagaria duplamente pela “livre escolha” ao suplementar o pagamento já efetuado pela previdência (Teixeira, 1980).

No que se refere à Saúde Individual, esse plano fracassou, entre outros motivos, pela resistência demonstrada pelos técnicos da medicina previdenciária, defensores dos serviços próprios previdenciários e contrários ao resgate de uma forma arcaica de medicina liberal.

Entretanto, foram conservadas algumas medidas preconizadas pelo Plano Nacional de Saúde, principalmente o financiamento a hospitais privados, o credenciamento para a compra de serviços e os convênios com empresas privadas.

4.1.3 - PLANO DE METAS E BASES PARA A AÇÃO DO GOVERNO

A ação governamental para o período 1970-1973 é regida pelo Plano de Metas e Base para a Ação do Governo que, apesar de ter como meta principal a industrialização do país, colocou a Saúde e o Saneamento como prioridades nacionais.

Em relação à Saúde Coletiva, propôs a descentralização da execução dos serviços de saúde para os níveis estadual e municipal, sob a gerência federal.

Quanto à Assistência Previdenciária, destaca-se a implementação de um programa nacional de fornecimento de medicamento a baixo custo para as classes de baixa renda, junto com a proposta de fortalecimento da indústria farmacêutica nacional, fato que motivou a criação da Central de Medicamento (CEME), em 1971.

No ano de 1971, a Previdência, através do INPS, iniciou seu processo de extensão de benefícios, concedendo-os aos rurais, ao encampar o FUNRURAL, que atendia de forma precária os trabalhadores do campo.

O Plano de Metas e Bases tinha um caráter de transitoriedade, pois aguardava-se que o Sistema Nacional de Planejamento formulasse o I Plano Nacional de Desenvolvimento.

4.1.4 - I PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO (I PND)

Em período de estabilidade e com relativo sucesso na área econômica, foi publicado, em dezembro de 1971, o I Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) para o período de 1972/1974 que, na área de desenvolvimento social, priorizou os setores de Habitação e Educação, pouco se referindo à Saúde (Pena, 1977).

No entanto, o INPS continuou a ampliar campo do seu raio de atuação no mercado formal de trabalho urbano, estendendo seus benefícios, em 1972, às empregadas domésticas e, um ano após, aos trabalhadores autônomos.

A criação do Ministério de Assistência e Previdência Social (MPAS), através da Lei nº 6025 de 25 de junho de 1974, legitimou a hegemonia do sistema de saúde assistencialista previdenciário sobre as atividades sanitárias, executadas pelo Ministério de Saúde.

Neste mesmo ano foi criada a DATAPREV, empresa de processamento de dados da Previdência social destinada a controlar e avaliar os serviços de saúde.

A supremacia do MPAS foi reforçada pela lei nº 6118/74, que revogou a obediência da assistência médica previdenciária à Política Nacional de Saúde, sob a gerência do Ministério da Saúde, conforme determinava o Decreto-Lei 200/67.

De saída, o novo ministério contou com o auxílio financeiro do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado em dezembro de 1974, destinado a financiar empreendimentos, públicos e privados, na área social.

Com a finalidade viabilizar a expansão da cobertura, o MPAS, em 1974, criou o Plano de Pronto Ação (PPA) que, através de portarias e resoluções, normatizar o funcionamento da rede de saúde do complexo previdenciário, facilitando sua integração com as Secretarias de Saúde e Hospitais Universitários.

4.1.4.a - PLANO DE PRONTA AÇÃO (PPA)

O PPA facultou ao segurado a opção por instalações particulares, pagas diretamente ao hospital pelo próprio cliente, desburocratizou o atendimento em caso de urgências médicas e estimulou o atendimento ambulatorial.

A primeira medida atendeu às reivindicações dos empresários de saúde e veio em benefício da classe média que, disposta a pagar a diferença de preço, em troca de melhor atendimento e de instalações especiais em hospitais conveniados, constituiu os ironicamente chamados "Particulins".

A outra medida, o livre atendimento em caso de emergência, sem necessidade de comprovação de pertencer ao quadro de segurado, tinha um caráter equitativo, mas propiciou um crescimento incomensurável de emergências médicas, pela total impossibilidade do seu controle.

O estímulo ao atendimento ambulatorial foi plenamente aceito pelo setor privado, tendo em vista sua maior lucratividade, em comparação à internação hospitalar.

4.1.5- II PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO (II PND)

A edição do II PND para o período de 1975/1979 buscava entre outros objetivos: a estabilidade política, a realização de uma política de melhor redistribuição de rendas pessoal e regional e a melhoria da qualidade de vida (Pena, 1977).

Por decisão governamental, em 17 de julho de 1975, através da lei nº 6229, foi implantado formalmente o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que tinha como objetivo garantir, dentro do contexto econômico do país, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde do cidadão.

4.1.5.a - SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Este modelo de atenção à saúde tinha um caráter sistêmico, ao propor, sob a coordenação geral do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), a interação dos Ministérios de Saúde, da Previdência Social, da Educação e Cultura, do Trabalho e do Interior, com a articulação dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal.

Condicionado ao momento político em que foi elaborado, onde a ideologia predominante visava a segurança nacional, o subsistema de prestação de serviços de saúde às pessoas era composto por três setores institucionais:

- a) o privado, com fins lucrativos;
- b) o público, exercido por órgãos oficiais e entidades sem finalidade lucrativa;
- c) o militar, das corporações militares.

Segundo Teixeira (Netto, 1988), o SNS não conseguiu realizar as profundas transformações de que necessitava o sistema de saúde devido as suas “ambigüidades e incoerências”, as quais, na prática, obstacularizaram a sua total operacionalização.

Ambigüidade, ao manter a dicotomia entre as ações de interesses individuais e as de interesses coletivos e, incoerência, ao atribuir ao Ministério de Saúde, um ministério sem recursos financeiros, a função de elaborar as políticas de saúde.

Contraditoriamente, tentou compatibilizar, na prestação de assistência médica, os interesses do setor privado, que visam apenas o lucro, com uma proposta de racionalização e melhoria de qualidade dos serviços prestados.

4.1.5.b- PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO (PIASS)

O Ministério de Saúde, com a finalidade de aumentar a oferta de serviços nas regiões Norte e Nordeste, criou em julho de 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), objetivando a expansão da rede ambulatorial, sob a coordenação local das secretarias estaduais e municipais.

O PIASS tinha uma diretriz equitativa, ao ter como pressupostos básicos a atenção primária de saúde em áreas carentes de recursos, utilizando técnicas simplificadas, com hierarquização e regionalização dos serviços e participação comunitária

Ele privilegiava os cuidados básicos em saúde e a participação comunitária e redefinia o papel do setor privado, mantendo os compromissos firmados, buscando, através de uma política gradualista, suspender os novos contratos com os empresários da saúde.

Pela incapacidade das esferas locais de alocar os recursos necessários para o funcionamento destes serviços, principalmente na área mais onerosa de saneamento básico, não houve a esperada expansão do PIASS, fato que somente ocorreu a partir de 1985 (Medici, 1991).

4.1.5.c - SISTEMA NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL (SINPAS)

O Ministério da Previdência Social (MPAS), responsável pelo atendimento assistencial realizado, fundamentalmente, através da compra de serviços do setor privado, buscou atender às formulações normativas do SNS com a criação, através da Lei nº 6439/77, do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS).

Esta lei conferiu ao INAMPS a competência de prestar atendimento médico aos trabalhadores urbanos, rurais, servidores públicos federais e outros serviços especiais de assistência médica, desde que os programas estivessem em consonância com o SNS.

Foram criadas as seguintes autarquias:

a) Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS.

b) Instituto de Administração Financeira da Previdência Social - IAPAS.

Ao IAPAS, foram atribuídas todas as atividades financeiras do sistema; ao INAMPS, a prestação de assistência médica e social às populações carentes, antes efetuada pelo INPS, agora restrito à concessão de benefícios.

A reunião das atividades médica e social em um único órgão, o INAMPS, desvinculadas da condição de segurado, evidencia uma incipiente aproximação ao princípio da universalização da Seguridade Social, uma vez que a base financeira continua sendo a contribuição dos segurados, sem qualquer aporte extra por parte do governo (Teixeira, 1980)

O MPAS/INAMPS, com a expansão universal de seu atendimento, implantou, em 1976/77, o Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares (SNCPCCH). A característica principal deste sistema era o pagamento, *a posteriori*, das faturas apresentadas pelas unidades conveniadas, que eram ressarcidas das despesas efetuadas durante a internação dos pacientes.

Cada procedimento médico tinha como parâmetro financeiro um teto máximo, intransponível; eram glosadas todas as faturas, que por ventura excediam o teto máximo estabelecido, obrigando o INAMPS a fazer, a pedido das unidades que se julgavam prejudicadas, uma revisão técnica manual das referidas faturas.

O SNCPOCH tinha como instrumentos a Guia de Internação Hospitalar (GIH) e a Tabela de Honorário Médico para os atos profissionais, cujos valores eram expressos em unidades de serviço (US).

Este sistema de pagamento itemizado (ou por ato médico) estimula a realização de serviços intermediários (exames, ato cirúrgico, serviços de hotelaria etc.), ocasionando a perda de eficiência, pelo aumento do custo unitário de cada tratamento, além do declínio da qualidade da atenção médica.

A compra de serviços médicos, realizada através desta modalidade de pagamento, levou às seguintes distorções:

“pagamento de serviços que não são produzidos; pagamento de serviços produzidos, mas não necessários; pagamento de serviços que são produzidos, são necessários, mas que poderiam ser realizados com racionalidade”. (Paim, 1979, p. 23).

Administrativamente, o SNCPOCH apresentava outras desvantagens: imprevisibilidade de recursos dispendidos pelo INAMPS; imprevisibilidade de faturamento pelos hospitais; necessidade de pessoal especializado no preenchimento dos documentos necessários para a confecção das faturas; e divergências entre os prestadores de serviços e o corpo técnico do INAMPS (Levcovitz & Pereira, 1993).

Alegando insuficiência de leitos próprios e objetivando atender às crescentes demandas, o INAMPS ampliou o credenciamento aos hospitais privados e expandiu a compra de serviços ambulatoriais da rede conveniada.

Na realidade, o que se observou foram a inibição do auto crescimento do setor público, com o privilegiamento do setor privado e a centralização exacerbada, a nível federal, em detrimento dos níveis regional (os estados) e local (os municípios).

O excesso de centralização financeira e administrativa na instância federal favoreceu o clientelismo e impediu o controle, *in loco*, do desempenho governamental. Com a finalidade de obter lucro, superando os baixos preços estipulados pela tabela em US, houve em todo território nacional a prática corruptora de super prestação de serviços.

4.2 - A CRISE DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

A política de saúde implementada no período 1967-1976 foi marcado pela estratégia de gestão centralizada na assistência médica efetuada pelo Ministério da Previdência Social, sendo que as ações de saúde, de caráter preventivo, ficaram relegadas a um segundo plano, sob a gerência do Ministério da Saúde.

Para Medici (1991), este período teve as seguintes características:

“a) a dicotomização da política nacional de saúde em dois elementos: a assistência médica, de um lado, com muitos recursos e poderes, gerida pela estrutura previdenciária, e a saúde pública, de outro lado, com fortes limites financeiros, sob responsabilidade do Ministério da Saúde;

b) a cobertura dos serviços restrita aos segmentos formais do mercado de trabalho e suas famílias, deixando mais da metade da população brasileira fora do sistema;

c) a ênfase nos serviços especializados e no hospital, em detrimento do atendimento ambulatorial, dos cuidados básicos, das medidas profiláticas e da extensão de cobertura nas regiões rurais e periféricas pobres das cidades;

d) a semiparalização dos serviços de saúde dos estados e municípios, os quais, com a centralização administrativa e fiscal decorrente da Constituição de 1967, não tinham recursos para gerenciar tais serviços, segundo as necessidades locais.” (p.9).

A partir de 1976, após a constatação de grandes desigualdades regionais, iniciou-se uma discussão, a nível nacional, sobre a necessidade de reformulação das políticas de saúde, com ênfase no processo de descentralização dos serviços de saúde.

4.2.1- O MOVIMENTO SANITÁRIO E A REFORMA SANITÁRIA

Em 1979, no 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde, promovido pela Câmara dos Deputados, foi apresentada a proposta de criação de um Sistema Único de Saúde pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), entidade da sociedade civil, participante do Movimento Sanitário.

O Movimento Sanitário reuniu intelectuais profissionais da área de saúde, organizações e associações que buscavam formular e apresentar propostas contrárias a hegemonia do setor privado e que se consubstanciavam como uma Reforma Sanitária, elaborada nos moldes dos sistemas inglês e italiano de saúde

O polo gerador das idéias reformistas foi a Universidade, estendendo-se dos limites acadêmicos para a burocracia da saúde, alcançando os intelectuais, uma parte engajada dos profissionais de saúde e alguns parlamentares.

Este movimento, formado no interior das instituições públicas e acadêmicas, tinha como projeto político a municipalização das ações de saúde, objetivando com a Reforma Sanitária:

“promover o acesso universal da população aos serviços, a descentralização gerencial com o reforço dos papéis dos sistemas locais, a democratização da gestão dos recursos, através de estruturas tripartides (governos, usuários e profissionais de saúde) e a hierarquização dos serviços, visando uma integração entre os diversos níveis de complexidade” (Pinheiro, 1994, p: 5).

A década de 80 caracterizou-se pela crise econômica e política nacional, com uma conseqüente formulação de vários e frustados planos de estabilização econômica, determinando o início do enfraquecimento do poder de intervenção estatal no processo de desenvolvimento e na questão social.

O processo de redemocratização em curso no país colocou em pauta de discussão o modo de financiamento das políticas sociais, altamente centralizado, mas de baixa eficácia, como era o caso da saúde.

Atuando no espaço político deflagrado pela transição democrática, o Movimento Sanitário, tendo com bandeira “Saúde é Democracia”, simbolicamente transformou-se em Partido Sanitário que, ao se incorporar ao setores progressistas, teve um papel importante na luta da democratização da saúde.

No espaço administrativo, parte de sua *intelligentsia* ocupou cargos de proeminência na estrutura dos Ministérios da Saúde e do INAMPS, procurando atuar, estrategicamente, nas altas esferas de poder decisório, promovendo através de acordos setoriais, a unificação das instituições públicas, condição indispensável para o sucesso da Reforma Sanitária.

Nesta fase em que ocupa a máquina administrativa estatal, o Movimento Sanitário perdeu as suas características iniciais de oposição governamental, buscando uma eficácia e eficiência racionalizadoras dos serviços públicos.

O fato da Reforma Sanitária ter-se desenhado em cima da crise do sistema, submetida ao peso das forças conservadoras neoliberais, presentes no interior do aparelho estatal e defensoras do setor privado, configurou-se num dilema reformista, ao expor aos seus formuladores a uma posição de gerir sem plenos poderes, situação que contribuiu para o desgaste da própria estratégia reformadora (Teixeira, 1988).

Embora autores como Vaitsman (1989) neguem que o Movimento Sanitário tenha tido conotação neocorporativista, justificando esta negativa pela inexistência deste tipo de associativismo na sociedade brasileira, outro autor, Ribeiro (1993) admite que houve uma demanda corporativista incrustada na formulação das propostas reformistas.

Para ele, houve a conjugação da burocracia sanitária com uma elite sindical, entre as quais se inclui o sindicalismo médico, categoria composta na sua maioria por funcionários públicos, principais interessados em manter o Estado de Bem-Estar e suas políticas, desde que exista um comprometimento com seus valores e objetivos.

Na concepção de King (1988), os empregados do setor público possuem um elevado grau de sindicalização e organização, de modo a defenderem coletivamente seus interesses, entre os quais se destaca a manutenção do Estado de Bem-Estar, por ser este a principal fonte de seus empregos e também por compartilharem dos mesmos valores defendidos pelo sindicalismo operário em relação aos objetivos de uma política redistributiva.

Numa tentativa fracassada de responder aos reclames da sociedade por uma saúde mais democrática, o governo, em 1980, através de um grupo técnico composto por representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência Social, apresentou um projeto intitulado Programa Nacional de Serviços Básicos em Saúde (PREV-SAÚDE).

4.2.2 - PROGRAMA NACIONAL DE SERVIÇOS BÁSICOS EM SAÚDE (PREV-SAÚDE)

Inspirado no PIASS, este programa governamental propunha, em agosto de 1980, num documento de circulação restrita, a reorganização do setor público, com descentralização executiva, prestigiando as secretarias estaduais e municipais.

Ao setor público seria dado prioridade para os financiamentos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (Gentile de Mello, 1981)

Antes mesmo de sua publicação, recebeu críticas da Federação Brasileira de Hospitais e do próprio INAMPS, ambos acusando-o de ser estatizante.

Em setembro de 1980, com a justificativa de falta de recursos, os Ministérios de Saúde e Previdência Social receberam uma outra versão diferente da original, descaracterizando a proposta inicial.

O programa não chegou a ser implementado, demonstrando o aprofundamento de uma crise ideológica no interior da burocracia estatal, comprometida com o setor privado.

As medidas econômicas recessivas adotadas pelo governo incrementaram, a partir de 1980, o *déficit* financeiro da previdência, piorando a crise financeira resultante da expansão do sistema de saúde: as despesas ultrapassaram as receitas, fato agravado pela falta de controle nos gastos da assistência médica efetuada pelos serviços privados conveniados.

A resposta do governo veio, em 1981, com a instituição da Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), coordenada pelas pastas da Saúde, da Previdência, do Trabalho e da Educação. A CIPLAN criou o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) que, em 1982, divulgou o “Plano de reorientação da assistência no âmbito da Previdência Social”, mais conhecido como o Plano CONASP.

4.2.3 - PLANO CONASP

Buscando a alteração gradual do modelo de assistência médica vigente, o Plano do CONASP previa, além de uma política específica de valorização do quadro próprio, mais três linhas básicas de ação, através da implantação do:

1- Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), visando a racionalização dos gastos na área de serviços contratados.

2- Projeto de Racionalização da Assistência Ambulatorial - INAMPS/ Credenciados, visando a hierarquização e a reorganização dos serviços ambulatoriais próprios (PAMs).

3- Convênio Trilateral - MPAS/MS/SES a ser substituído posteriormente pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), visando a melhor utilização da rede básica de saúde.

Ao contrário do PREV-SAÚDE, que foi elaborado pelo governo de forma autocrática, o plano CONASP contou com apoio dos técnicos, dos profissionais da área médica, de setores populacionais e principalmente das secretarias estaduais de saúde.

No projeto, o Ministério da Saúde desempenharia as funções do INAMPS, que seria extinto, absorvendo ainda a Superintendência de Campanha de Saúde Pública (SUCAM) e a Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP).

No entanto, o que efetivamente ocorreu foi o reconhecimento da hegemonia do INAMPS como instituição capacitada a coordenar as atividades de atendimento médico, perdendo o Ministério da Saúde a responsabilidade desta função.

As diretrizes básicas do plano foram, segundo Rocha (Muller Neto, 1991): ênfase na assistência ambulatorial, com prioridade para os cuidados básicos em saúde; integração das instituições públicas (federal, estadual e municipal), num sistema regionalizado e hierarquizado; racionalização dos gastos com os serviços contratados hospitalares.

Este último item já era objeto de preocupação do INAMPS, pois em auditoria, realizada, em outubro de 1981, em 400 hospitais contratados, localizados nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, foram detectadas 90% de fraudes nos documentos investigados.

Segundo Gentile de Mello (Levcovitz & Pereira, 1993), as fraudes mais comuns eram: pacientes “fantasmas”; complicações médicas inexistentes; diagnósticos falsificados; diárias hospitalares super faturadas; exames e medicamentos cobrados sem serem

realizados; exames e internações desnecessários; reapresentação de uma mesma conta; cobrança irregular de utilização de CTI e Centro Cirúrgico; honorários médicos cobrados indevidamente.

Para facilitar a informatização, foi elaborado o projeto “Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social”, mais conhecido como SAMHPS/ AIH, porque substituiu a Guia de Internação Hospital (GIH) por um outro instrumento de cobrança chamado “Autorização de Internação Hospitalar” (AIH).

4.2.3.a - SAMHPS/AIH

Reconhecendo as desigualdades na capacidade de atendimento dos hospitais e buscando uma maior equidade na distribuição dos recursos, foram instituídos dois índices: o Índice de Valorização de Desempenho (IVD), segundo o seu nível de complexidade; e o Índice de Valorização Hospitalar (IVH), utilizado em hospitais universitários.

Basicamente, o SAMHPS/AIH era constituído por uma tabela de procedimentos clínicos e cirúrgicos, padronizada de acordo com a Classificação Internacional de Procedimentos da Organização Mundial da Saúde, com valores discriminados para pagamentos dos serviços hospitalares e dos profissionais.

O SAMHPS/AIH foi implantado, em carácter experimental, em Curitiba, em agosto de 1981, sendo em 1983 e 1984, estendido progressivamente para todos os hospitais contratados do resto do país, através do Plano CONASP.

Através dele, o sistema de pagamento, então vigente, efetuado por unidade de serviço (US), causador de inúmeras fraudes que lesaram os cofres da Previdência, foi substituído pelo método de pagamento prospectivo

Este método utiliza, conforme já visto, um sistema ordenador dos produtos médico - assistenciais, agrupados em classes homogêneas, constituindo os chamados grupos de

diagnósticos homogêneos (GDH), que compreende uma classificação de pacientes clinicamente divididos em grupos coerentes e razoavelmente similares quanto ao consumo de recursos.

Os GDH, no Brasil, foram elaborados pelos médicos que trabalhavam no Projeto Curitiba, baseados em suas experiência empíricas em relação aos custos financeiros dos tratamentos hospitalares (Ugá, 1994).

Visando uma melhoria da qualidade assistencial, foram introduzidos novos mecanismos de auditoria técnica, utilizando critérios de internação e alta e padrões de condutas clínicas e cirúrgicas.

Com estas medidas de caráter administrativo e financeiro, o Plano CONASP, propunha a reversão gradual do modelo médico-assistencial, eliminando a capacidade ociosa do setor público, através da instituição de uma rede única, com os postos de assistência médica do INAMPS (PAM's), com os ambulatorios e postos estaduais, com os ambulatorios e hospitais universitários, não excluindo os serviços ambulatoriais privados credenciados e os ambulatorios de sindicatos rurais (Oliveira & Teixeira, 1985).

Se, por um lado, o plano de contas hospitalares, via SAMHPS, foi um sucesso, com expressiva redução das internações hospitalares, por outro, o Plano de Racionalização Ambulatorial apresentou na prática duas versões conflitantes.

Uma, à semelhança do projeto experimental de Curitiba, apregoava o retorno de exercício liberal da medicina, modificado pelo credenciamento de médicos privados (“os conapistas”), e outra, a vitoriosa, estendia o sistema de contratação às instituições públicas.

Na realidade, o Plano CONASP era um projeto ambicioso, com objetivos de curto, médio e longo prazo, onde se pretendia a reversão gradual do modelo médico-assistencial, através do aumento:

“... da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações urbanas e rural, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização dos equipamentos, da criação do domicílio sanitário, da montagem de sistema de auditoria médico-assistencial e da revisão dos mecanismos de financiamento do FAS” (Mendes, 1995, p.36)

O FAS, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social criado na década de 70, concomitante ao Plano de Pronta Ação, teve um importante papel na área de financiamento, subsidiando construções hospitalares no âmbito privado, especialmente àquelas destinadas aos serviços de alta densidade tecnológica.

Como fonte de recurso, em maio de 1982, foi criado o Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), que resultou num importante instrumento de financiamento dos programas sociais, tendo em vista vez que a sua contribuição correspondia a 0,5 % da receita bruta das empresas, instituições financeiras e sociedades seguradoras, ou 5 % sobre o imposto de renda devido pela empresa que vendem serviços.

O Plano CONASP foi aprovado em agosto de 1982, sendo dividido pelo INAMPS em trinta e três projetos distribuídos em vários órgãos, entre os quais encontrava-se o programa de Ações Integradas de Saúde, coordenado pelo Departamento de Planejamento do INAMPS (Nascimento, 1991).

4.2.4 - AÇÕES INTEGRADAS EM SAÚDE (AIS)

A utilização dos Convênios Trilaterais entre o MPAS / MS / SES possibilitou, a partir de 1983, a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que embora privilegiassem a regionalização a partir das secretarias estaduais de saúde, se constituíram num importante instrumento estratégico para a descentralização das ações em saúde, ao conquistar a adesão dos prefeitos de vários municípios brasileiros.

Em fevereiro de 1984, as AIS estavam adotadas em todo território federal, quando em março deste mesmo ano, por falta de respaldo político, a Comissão Técnica do SAMHPS/AIH é dissolvida, provocando a interrupção de diversos sub projetos ainda em desenvolvimento.

Após um período de semi paralisação, em maio de 1985, com a reintegração da Comissão Técnica do SAMHPS/AIH, gradativamente, foram reiniciadas as medidas complementares, indispensáveis à completa implantação do sistema.

Esta interrupção das AIS por pressão política dos neoliberais, formaliza, segundo Mendes (1995), o processo de implantação das AIS em dois momentos: um, anterior à Nova República (1983 - 1985) e outro posterior (1985 - 1987).

O primeiro momento caracteriza-se por um programa de atenção médica justaposto aos tradicionalmente executados pelas secretarias municipais e estaduais.

Destacou-se, gerencialmente, pela multiplicação de instâncias colegiadas, com a instauração à nível federal da Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), e outros foros descentralizados: Comissão Institucional de Saúde (CIS), Comissão Regional de Saúde (CRIS), Comissão Intermunicipal de Saúde (CIMS) e Comissões Locais de Saúde (CLIS), respectivamente referentes à níveis estadual, regional, municipal e local

O segundo momento notabilizou-se pela reintegração dos “reformistas sanitários” a cúpula administrativa dos Ministérios de Saúde e Previdência Social (INAMPS), comungados com os ideais da Nova República.

Foi neste período que as AIS adotaram um novo instrumento de planejamento descentralizado e integrado: a Programação e Orçamentação Integrada (POI) que agilizou a co-gestão, possibilitou a adoção no nível local de ações preventivas em saúde, e permitiu uma maior participação social através das várias comissões instaladas.

Ainda segundo Mendes, as AIS, enquanto programa, teve vários méritos: um deles foi a agudização dos mecanismos da “administração convenial”, onde os recursos alocados segundo os critérios determinados pela burocracia da União, devem ser negociados entre os estados e os municípios.

Um outro mérito refere-se à introdução nas instituições públicas de mecanismo de compra e venda de serviços, colocando o setor estatal como mais um prestador de serviços, em similar condição aos prestadores privados.

As AIHs, enquanto uma ferramenta para articular o planejamento com o a orçamentação, apresenta, segundo a ótica da Reforma Sanitária, um desafio na redefinição do processo orçamentário, tendo em vista a necessidade de refletir os princípios de descentralização, unificação e participação, sendo também considerada como uma forma de levar adiante o processo de desconcentração administrativa, iniciada de forma incipiente pelo plano CONASP (Tobar, 1995).

Para Muller Neto (1991), um dos maiores méritos das AIS foi desmistificar a propalada “incompetência congênita” da administração municipal que era um falso obstáculo para as propostas descentralizadoras. A afirmação da competência administrativa municipal proporcionou o apoio e a aliança das prefeituras às Ações Integradas de Saúde.

O processo de municipalização da saúde, incipiente em 1983, através das AIS, alcançou o seu ápice em 1986, ao atingir a adesão de 2 500 municípios, possibilitando a formação do “Movimento Municipalista da Saúde” e consolidando, como força política, os Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (CONASS), entidade civil criada em 1980.

À nível institucional, a rigidez processual das ações de saúde executadas pelo Ministério da Saúde entra em conflito com a agilização dos programas executados pelo MPAS/INAMPS, que por sua vez, abandonou taticamente a tese de unificação dos órgãos.

Apesar desta dissociação, as AIS foram úteis na agilização no processo de universalização dos serviços, onde o INAMPS além de prestador de serviço, tornou-se controlador e co-financiador do sistema de saúde, composto por uma recente integração das redes estaduais e municipais.

Por outro lado, Vianna (1989) reconhece que não houve uma função redistributiva com as AIS, pois o instrumento utilizado: A Programação e Orçamentação Integrada (a POI), definiu a fatia de cada estado através da produção dos serviços efetuados pela capacidade instalada, o que, em última análise, manteve as desigualdades regional.

Em 1986, no período que antecedeu a promulgação da constituição, chamado de transição democrática, com a finalidade de apresentar propostas à Assembléia Nacional Constituinte, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, com intensa participação de sindicatos, de líderes comunitários e de representantes da área político-administrativa.

Tentando boicotá-la, não compareceram os representante dos setor privado, o que auxiliou na vitória das proposta apresentadas pelos defensores da chamada Reforma Sanitária.

A vitória política das propostas da Reforma Sanitária permitiu a total implantação do SAMHPS/AIH em maio de 1987, possibilitando, dois meses após, a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), através do Decreto nº 94 657/87.

4.2.5 - O SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE (SUDS)

A implantação do SUDS, concretizada por convênios com os governos estaduais, representou uma alteração radical nas regras do processo vigente, impondo, conforme relatado, uma modificação na estrutura do INAMPS, que ao perder o seu papel de prestador de serviço, tornou-se um órgão controlador e co-financiador do sistema de saúde.

Para Draibe, Silva e Viana (Muller Neto, 1991), a prestação de serviços ficou descentralizada, via estados e municípios, bem como as atividades de planejamento, em busca de maior resolutividade, universalização, regionalização, hierarquização e integração das ações de saúde.

O desmonte da máquina do INAMPS começou, em maio de 1988, com a extinção das Superintendências Regionais, substituídas por Escritórios Regionais e com o aceleração da transferência da gestão do SAMHPS /AIH para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

Houve a formação de *lobbies* contra a substituição de pessoas nos cargos chaves dos Escritórios Regionais, com a finalidade de garantir a permanência de práticas clientelísticas e de impedir os repasses automáticos de recursos financeiros para as SES, numa tentativa organizada de impedir o avanço da descentralização (Nascimento, 1991).

A burocracia do INAMPS insurgiu-se contra o desmonte efetuado e pela conseqüente perda de poder, tendo como aliada a burocracia do Ministério da Saúde, localizada principalmente na SUCAM e na FSESP.

O setor privado, enfraquecido com as medidas descentralizadoras, aliou-se aos opositores do SUDS. Em alguns estados, o poder estadual passou a efetuar práticas clientelísticas regionais no repasse de recursos aos seus municípios, os quais não conseguiam prever quando e quanto receberiam como dotação financeira.

O apoio ao SUDS viria dos município, através das ações conjuntas dos Secretários Municipais de Saúde que, em 1988, criaram o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), órgão defensor da municipalização da saúde.

A ação desta entidade visava a organização e o fortalecimento dos municípios na luta pela participação da sociedade civil na formulação das políticas nacionais de saúde.

Os convênios SUDS expressaram uma vontade política de configurar o ideal de descentralização iniciado pelo plano CONASP e pela AIHs. Enquanto um instrumento descentralizador, ao formular convênios com os estados, incorporando a POI (Programação e Orçamentação Integrada) como mecanismo de custeio e postulando um comando único e autônomo, o SUDS representou um avanço político-administrativo, permitindo pensar num modelo de descentralização via devolução (Tobar, 1995).

Entretanto, o clientelismo político e os interesses da iniciativa privada, juntos com uma centralização excessiva na Secretaria de Estado de Saúde, ao ponto de alguns secretários se negarem a repassar, para os municípios, as verbas recebidas do governo federal, somados ao descontentamento da população fizeram ruir a base de sustentação do SUDS no nível local.

A articulação e a pressão exercidas pelos dirigentes e técnicos municipais de saúde influenciaram os participantes da Assembleia Nacional Constituinte, convocada para elaborar uma nova carta que refletisse a restauração da democracia no país.

4.3- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: (SUS)

O processo de redemocratização do país cristalizou-se em 5 de outubro de 1988, com a promulgação da nova constituição brasileira. Foi um processo longo e conflituoso, caracterizado por intensa atividade dos sindicatos, das comunidades e demais segmentos representativos da sociedade, com formação de *lobbies* interessados na aprovação de seus projetos corporativos.

A nova Constituição promoveu uma profunda transformação do sistema de saúde brasileiro, que mostrava-se inadequado para a realidade nacional, apresentando as seguintes

características negativas, relatadas em documento oficial elaborado pelo próprio Ministério da Saúde: (Brasil, 1990)

- a) excessiva centralização, a nível da União, do processo decisório das ações em saúde.
- b) irracionalidade e desintegração das unidades de saúde, com excesso de serviços em alguns lugares e déficit em outros.
- c) recursos financeiros insuficientes para atender às necessidades de atendimento.
- d) desperdício dos recursos alocados para a saúde, calculado em torno de 30%.
- e) baixa cobertura assistencial da população, com exclusão de atendimento de segmentos populacionais pobres, em áreas carentes de recursos.
- f) conflitos entre os setores público e privado, acarretados pela superposição de ações e pela descoordenação entre os órgãos públicos e privados.
- g) fragmentação do processo decisório e descompromisso com as ações de saúde, motivada pela indefinição das competências dos vários órgãos e instâncias político-administrativas do sistema.

Para Azeredo (1988), todos estes fatores levaram a um quadro desagregador em relação à organização dos serviços de saúde que, no fundo, apenas refletiu o tratamento dispensado à área social no processo de desenvolvimento do país: uma total submissão da política social à política econômica, onde a visão fragmentada do social determinou uma forma equivocada e também fragmentada de atuação do governo.

A não integração da questão social à política de desenvolvimento, ao invés de dar prerrogativas ao caráter preventivo, originou um conjunto de políticas específicas e estanques, que privilegiou o aspecto compensatório e assistencial dos programas sociais, caracterizados por serem de curto prazo e pela excessiva centralização.

Para reverter este quadro caótico, importantes segmentos da consciência sanitária nacional aliaram-se a setores organizados da sociedade, conseguindo que os pressupostos da Reforma Sanitária fossem democraticamente aceitos pela Assembléia Constituinte.

Na aprovação do novo texto constitucional houve o embate entre os que defendiam a continuação do SUDS e o grupo contrário, representados pelo setor privado e parte da burocracia do INAMPS e do Ministério da Saúde, defensora da centralização das ações de saúde.

Em defesa da Reforma Sanitária aliaram-se, no interior da sociedade civil, movimentos sociais, comunitários, de diversos tipos, entre as quais se destaca o Movimento Sanitário, junto com um novo e atuante movimento sindical não subordinado em relação ao Estado (Vaitman, 1989).

Do lado do setor privado, aliaram-se os empresários da saúde, donos de estabelecimentos hospitalares, reunidos em torno da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e os proprietários de empresas de medicina de grupo, agregados à Associação Brasileira de Medicina de Grupos (ABRAMGE).

Adotando o lema do Movimento Sanitário, a saúde é considerada, pelo artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988, como “direito de todos e dever do Estado”; no artigo 197 a saúde é caracterizada como de relevância pública, o que, em outras palavras quer dizer que, embora haja participação de setor privado nas ações de saúde, o poder público tem hegemonia na regulação, fiscalização e controle dos serviços prestados por terceiro.

A nova constituição, no artigo 198, estabelece as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o SUS (Brasil, 1988):

- “I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
- II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo para os serviços assistenciais;*
- III.- participação da comunidade.”*

O parágrafo único do artigo 198, em consonância com o artigo 195, estabelece que o SUS será financiado com recursos do Orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes

No artigo 199, admite-se, como forma complementar, a participação da iniciativa privada na assistência à saúde, contemplando os interesses dos empresários de saúde; o fato da saúde ser considerada de interesse público restringe a plena liberdade empresarial, principalmente o expansionismo de suas atividades, subordinando os interesses do setor privado à política estatal de saúde.

Pelo conteúdo dos três itens do artigo 198 da Constituição Brasileira de 1988, a descentralização, com a regionalização e a hierarquização da rede pública, junto com a integralidade do atendimento e a participação do cidadão visavam fazer da saúde um setor privilegiado para a transformação de uma sociedade liberal com característica desenvolvimentista para uma democracia participativa.

Assim, de acordo com Teixeira (1994, p.45); “a estratégia de descentralização foi assumida como a mais importante para se atingir a construção do Sistema Único de Saúde, de acordo com os princípios que o orientam, especialmente quanto à democratização, universalidade e equidade”.

Considerada por Carvalho e Santos (1995, p.83), como “a espinha dorsal do SUS“, a descentralização político administrativa das ações e serviços de saúde consagrou os municípios como o seu *locum* de ação.

O poder público é constituído por três níveis: União, estados e municípios, sendo que estes últimos representam o poder mais próximo do cidadão, ou nas palavras de Ckagnazaroff (1989, p. 104): ”o *locus* básico de formação do cidadão”.

4.3.1- AS RAZÕES PARA A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

É ainda o referido Ckagnazarof (1989, p.104), que ao defender o processo de municipalização, transcreve a seguinte afirmação de Castells:

“O município é um dos órgãos e níveis do aparelho do Estado. Como tal, está submetido ao conjunto de processo e contradições característicos deste aparelho em cada sociedade. Mas sua especificidade provém, por um lado, de ser, em geral, o nível inferior a forma mais descentralizada do Estado e, no Estado democrático, a mais diretamente escolhida pelos cidadãos. Por outro lado, é o órgão do Estado mais permeável a uma representação política das classes dominadas num estado constituído historicamente em torno à hegemonia da burguesia e seus aliados”.

Nesta ótica, o município pode constituir-se num espaço com vocação inequívoca para o desenvolvimento da cidadania, transformando-se no local primordial, por ser geograficamente delimitado, para a aprendizagem da democracia participativa.

O cidadão, enquanto um ser sujeito a direitos e deveres, tem como obrigação agir segundo às exigências da vida da sociedade, muitas vezes não o fazendo por acomodação e ou alienação, isentando-se de participar, política e socialmente, das múltiplas maneiras, nos diferentes espaços democráticos: partidos, associações de bairros, sindicatos, deixando assim de desenvolver o pleno exercício de sua cidadania

Deste modo, de acordo com o Ckagnazaroff, o município é a base precípua para as articulações políticas no processo de formação de um Estado democrático.

Mendes (1995, p.115) justifica esta escolha dos municípios com seis argumentos:

- a) porque é uma determinação constitucional, definida no artigo 30, item VIII;
- b) porque União e estados são abstrações políticos-geográficas, pois “os cidadãos nascem, crescem, vivem, adoecem e morrem no município”;
- c) porque é neste espaço social que as autoridades têm endereço e rosto conhecidos dos moradores;

d) porque em caso de crises fiscal e ética, com descrédito administrativo, a União e os estados não conseguem restaurar sua governabilidade;

e) porque a municipalização da saúde já é um fato estabelecido e irreversível;

f) porque os poucos melhoramentos em saúde são iniciativas isoladas de alguns municípios.

O mesmo autor apresenta outra série de contra argumentação a favor da municipalização, destruindo as acusações contra o comando municipalista.

O risco alegado de uma “prefeiturização”, isto é, apropriação, por grupos de interesses, do poder municipal em nada difere do que, por ventura, pode ocorrer em outros níveis, com o agravante que quanto mais distante da comunidade, mais difícil é a identificação dos grupos, mais difícil é combatê-los.

A falta de preparo da burocracia municipal pode ser verdadeira para os de pequenos portes, mas não é um fator impeditivo, pois estes além de gerenciarem sistemas de baixa complexidade irão receber auxílio do estado a que pertencem.

O clientelismo não é um privilégio municipal: está presente em nossa cultura, sendo que será menos concentrado e mais transparente à nível municipal, além disto a política de preços descentralizados diminuirá a ação dos cartéis locais, obrigando a permanentes negociações.

O argumento de que são impossíveis um controle e uma avaliação locais não é pertinente por duas razões. A primeira decorre do fato que uma municipalização conseqüente construirá mecanismos horizontais de controle e avaliação, que privilegiem os resultados qualitativos e não apenas os financeiros-contábeis. A segunda razão baseia-se que o controle e avaliação atualmente utilizados não são válidos, pois têm apenas um caráter ritual, legitimador dos descontroles existentes.

Com todo este aparato justificador, a descentralização na saúde, enquanto um processo de transformação de estrutura de poder, de democratização exige algumas pré condições, semelhante às descritas para uma descentralização territorial.

Ela é um processo demorado, onde no planejamento deve haver flexibilidade, gradualismo e progressividade, em termos espaciais e temporais; deve haver cooperação e equilíbrio entre os níveis governamentais, evitando uma autonomia anárquica e, finalmente o processo de descentralização deve ser cauteloso, dotando o nível local de condições de atendimento.

Financeiramente, a saúde passa a fazer parte da seguridade social, juntamente com a assistência e previdência social, financiadas por um só instrumento: o Orçamento da Seguridade Social.

4.3.2- O ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL (OSS)

A Constituição de 1988 trouxe como inovação um amplo conceito de cidadania, alicerçada em três grandes áreas: saúde, previdência social e assistência social, com deferência à proteção ao trabalhador desempregado, unificadas sob o nome de Seguridade Social.

Para Melamed e Ribeiro (1993), a Seguridade Social tem como objetivos;

“a universalidade da cobertura, uniformidade e equivalência de benefício e serviços à toda população; seletividade e distributividade na prestação de serviços e benefícios; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio e diversidade da base de financiamento “ (p.38)

Segundo a Constituição, o Orçamento da Seguridade Social (OSS) tem duas fontes principais:

a) recursos fiscais oriundos dos orçamentos da União, dos Estados e dos Municípios.

b) contribuições sociais (CS).

Os Estados e Municípios ficaram mais fortalecidos, através da maior participação na receita da União e pelo reforço das competências tributárias próprias: a União repassará para os Estados e Municípios 47% sobre a arrecadação do Imposto de Renda (IR) e do Imposto de Produtos Industrializados (IPI).

Para os Estados e Distrito Federal serão destinados 21,5% da arrecadação dos IR e IPI para o Fundo de Participação dos Estados (FPE); para o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), 22,5%; os restantes 3% destinam-se às Regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste, a fim de serem aplicados em programas de financiamento do setor produtivo, obedecendo os planos regionais de desenvolvimento.

Houve um ganho acentuado nestes fundos, pois pela legislação anterior os percentuais eram de 16% para o FPE e 17% para o FPM.

Serão entregues aos Estados e Distrito Federal 10% da arrecadação do imposto sobre produtos industrializados, proporcional ao valor das respectivas exportações de produtos industrializados; por sua vez, os Estados repassarão aos Municípios 25% do valor recebido.

Além disto o Estado teve ampliada a base de incidência sobre o Imposto de Circulação de Mercadoria (ICMS) e passa a receber os impostos sobre prestação de serviço e de transporte e de comunicação, que eram antes da competência da União; em contrapartida, os Estados repassam para os Municípios 25% sobre a arrecadação do ICMS.

A segunda fonte, a de contribuições sociais (CS), divide-se em três grupos:

1- CS dos empregadores, incidindo sobre a folha de salário, sobre o faturamento e sobre o lucro.

2- CS dos trabalhadores, incidindo sobre os salários.

3- CS da receita de concursos e prognósticos lotéricos.

As CS oriundas dos empregadores compõem-se de 10 % sobre a folha dos salários e cinco sextos sobre o Fundo do Desenvolvimento Social (FINSOCIAL), arrecadado a partir do faturamento das empresas.

A ampliação da contribuição dos empregadores, principalmente sobre o lucro líquido das empresas, foi a grande modificação efetuada: inicialmente 8% para as empresas e 12% para as instituições financeiras, passando depois para 10% para as empresas e 15 % para o setor financeiro.

As alíquotas das contribuições dos empregados do setor formal, variam de 8,5 a 10 % sobre os salários e vencimentos recebidos.

O FAS (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social) foi desativado, ficando os recursos derivados dos concursos e prognósticos lotéricos incorporados ao Orçamento da Seguridade Social (OSS).

O PIS/PASEP passou a integrar o OSS, destinado a ser um meio de financiamento ao trabalhador desempregado (seguro-desemprego).

Enquanto se esperava a elaboração e a aprovação pelo Congresso e Senado Federais da Lei de Diretrizes Orçamentárias, a Constituição de 1988 regulamentou, através do artigo 45 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, que, no mínimo, trinta por cento dos recursos do OSS serão destinados ao setor saúde, excluídos os recursos destinados ao seguro-desemprego.

4.3.3- O FINANCIAMENTO DO SUS: A LEI ORGÂNICA DA SAÚDE (LOS)

O financiamento do setor saúde, dentro do OSS, foi efetivado pela Lei nº 8.080, sancionada em 19 de setembro de 1990, chamada Lei Orgânica de Saúde (LOS), que

regulamentou em todo território nacional as ações e serviços de saúde, determinando objetivos e atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS).

A LOS explicitou, no artigo nº 7, treze diretrizes norteadoras para as ações dos serviços de saúde público e privado, entre as quais se destacam a universalidade de acesso, a integralidade da assistência, a participação da comunidade e a ênfase na descentralização, via municipalização.

O artigo nº 33 da LOS normatiza a gestão financeira ao criar o Fundo Nacional de Saúde, formado por recursos oriundos do Orçamento da Seguridade Social e demais fontes.

O artigo nº 35 estabelece valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e município, segundo os seguintes critérios:

I -perfil demográfico da região;

II -perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III- características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV- desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V- níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI- previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII- ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

O parágrafo nº 1 deste artigo estabelece que a metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

Com a aprovação da LOS em 1990, ficou estabelecido que o percentual da saúde, dentro do Orçamento da Seguridade Social, não seria fixo, sendo negociado a cada ano no Congresso Nacional, e regulamentado através da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

Para Nascimento (1991), apesar da LOS representar um grande avanço no processo de municipalização da saúde no país, ao instituir repasses financeiros regulares, sem necessidade de celebração de convênios, criando o Fundo Nacional de Saúde, a nova lei erra ao não extinguir o INAMPS, transferindo-o intacto para o Ministério da Saúde.

A Lei nº 8 142 , de 28 de dezembro de 1990, definiu a participação da comunidade na gestão do SUS, regulamentando as transferências intra governamentais de recursos financeiros na área de saúde.

Em relação à participação e ao controle popular, ela estabeleceu como instâncias colegiadas a Conferência Nacional de Saúde e o Conselho de Saúde, órgão local constituído paritariamente por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

O artigo nº 2 da referida lei estabelece que, enquanto não for regulamentado o artigo 35 da LOS, deverão ser repassados aos Municípios, de forma regular e contínua, 70% dos recursos destinados a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial, ambulatorial e hospitalar.

Ela instituiu como instâncias colegiadas a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A Conferência de Saúde deverá ser reunir a cada quatro anos e o Conselho de Saúde, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atuará na formulação de estratégias e no controle de execução de políticas de saúde.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASSEMS) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

Com todo este aparato constitucional era de se esperar que o SUS “decolasse”, mas a não regulamentação do artigo 35 deu margem à criação de critérios provisórios, que

deturparam o sentido da lei, uma vez que tais critérios referem-se a uma parte dos recursos do INAMPS e não ao conjunto dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (Jaeger & Oliveira Júnior & Carvalho & Leão, 1991).

Em 31 de dezembro de 1990, o Ministério de Saúde delegou competência ao INAMPS para gerenciar uma nova política de repasses de recursos federais para o financiamento da saúde nos estados e municípios.

4.3.4 - A NORMA OPERACIONAL BÁSICA Nº 1 / 91

A nova política de financiamento do SUS para 1991 foi enunciada pela Norma Operacional Básica nº 1/91, aprovada pela resolução nº 258 de 7 de janeiro de 1991.

No dia seguinte, o Diário Oficial da União, publicou as portarias nº 15, 16, 17 e 18/91, que modificaram o sistema de pagamento dos participantes dos serviços públicos e privados que integram a rede do SUS, introduzindo novas regras de repasse de recursos. As principais medidas são: (Doxa, 1991)

- Extinção dos Índice de Valorização Hospitalar (IVH) e de Valorização de Desempenho (IVD), que remunerava diferencialmente os hospitais, segundo o porte e complexidade.
- Uniformização da tabela para os hospitais públicos e privados, incluindo os filantropos e universitários.
- Criação do FIDESP - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde, que adiciona 25 % para os hospitais com residência médica e 50 % para os que desenvolvem pesquisa e programa de mestrado e doutorado.
- Implantação de uma tabela única de remuneração para a assistência hospitalar, extinguindo as normas anteriores de pagamento.

- Criação do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH / SUS).
- Implantação de uma tabela única de remuneração para a assistência ambulatorial, extinguindo as anteriores.
- Criação do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA / SUS)
- Implantação e publicação de uma tabela única de produtos e preços para utilização de Órteses e Próteses e Materiais Especiais.
- Criação do Sistema de Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIOPS / SUS).

Chamam-se órteses aos materiais, orgânicos ou inorgânicos, utilizados em pacientes, que são removidos após um certo tempo de uso. Exemplos: placas e parafusos em ossos fraturados. Próteses são materiais, orgânicos ou inorgânicos, utilizados em pacientes, em caráter permanente. Exemplos: válvulas cardíacas, lente intra-ocular.

A portaria nº 15/91 extinguiu o IVH e o IVH, revogando um critério equitativo instituído na década de 80 e, ao promover uma gradativa uniformização na tabela de pagamentos de hospitais públicos e privados, inclusive os universitários e filantrópicos, homogeneizou a remuneração pelos atos médicos dos hospitais que integram a rede do SUS, nivelando-os num único patamar, onde o porte e a complexidade dos serviços se tornaram irrelevantes.

4.3.5 - FLUXOS DE FINANCIAMENTO DO SUS

Porto e Ugá (s/d) analisando a NOB nº 1/91 detectaram um sistema híbrido de financiamento do SUS e de pagamento a prestadores de serviços com quatro linhas de fluxo:

4.3.5.a - FLUXO REFERENTE À REMUNERAÇÃO DAS ALTAS HOSPITALARES

Realizado pelo INAMPS diretamente aos hospitais da rede do SUS e realizado através do sistema SIH/SUS.

O sistema SIH/SUS utiliza o mesmo instrumento já conhecido da rede privada, as AIHs, que são novidades apenas para o setor público. A quantificação da cota mensal de AIHs para cada unidade federada foi explicitada através de um quadro publicado na portaria nº 19/91, onde se estima a população a ser coberta, empregando como parâmetro 0,10 AIH/habitante-ano.

Dentro deste fluxo existe uma variante explicitada na parte IV, itens 4.13 e 4.14 da NOB nº 1/91, que cria uma Câmara de Compensação de AIHs, destinada a manter uma reserva estratégica para compensar os centros especializados em tratamentos de alta complexidade.

4.3.5.b - FLUXO REFERENTE AS ATIVIDADES AMBULATORIAIS

Utiliza a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) como valor ponderal para quantificar o volume de recursos financeiros a ser repassado aos Estados, como pagamento das ações de saúde ambulatoriais.

A Portaria nº 20/91 estabeleceu critérios para a aplicação da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), que foi criada para definir o teto mensal de recursos para o financiamento dos serviços ambulatoriais de cada unidade da federação.

A UCA criou, internamente, duas variantes no fluxo das atividades ambulatoriais .

A primeira refere-se ao pagamento dos serviços ambulatoriais executados pelos setores públicos ou privados, pagos diretamente pelo INAMPS, através do documento denominado Guia de Autorização de Pagamento (GAP).

Neste intuito, os Estados e o Distrito Federal foram classificados em seis grupos, com valores de UCA gradativamente crescentes, estabelecidos segundo os seguintes critérios:

- a) a população;
- b) a capacidade instalada;
- c) o desempenho assistencial em termos de qualidade e resolutividade;
- d) a série histórica de custeio das Unidades da Federação;
- e) os casos atípicos, que em nenhum momento foram explicitados pela portaria.

Os tetos máximos, anuais, para os recursos ambulatoriais destinados a cada estado serão obtidos multiplicando-se o valor da UCA pelo tamanho da população. Do valor encontrado serão abatidos, primeiramente, os recursos a serem pagos, sob a forma de duodécimos, às unidades prestadoras de serviços públicas e privadas, via GAPs.

A segunda vertente, definida por Porto e Ugá, refere-se à UCA residual, aquela resultante da subtração dos recursos pagos pelas GAPs ao teto máximo fixado para as unidades federadas. 10% desta UCA residual destinam-se às Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

O montante restante será repartido entre as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), de acordo com a sua base populacional.

Para melhor compreensão, ver o quadro elaborado por Cordoni Júnior e Bertone (1991, p.10), exposto a seguir, que explica de maneira didática, o intrincado funcionamento dos repasses financeiros através da UCA, a Unidade de Cobertura Ambulatorial.

QUADRO Nº 4- FUNCIONAMENTO DOS REPASSES DA UCA

Funcionamento dos Repasses através da UCA - Unidade de Cobertura Ambulatorial	
1) UCA x População da Unidade Federada	
= Valor a ser repassado à UF	
2) Valor a ser repassado dividido por doze = Duodécimo	
= (Valor Mensal Bruto)	
3) Valor Mensal Bruto - Fatura SIA/SUS (pago pela DG - INAMPS)	
= Valor Mensal Líquido	
4) Valor Mensal Líquido - 10 % do Estado	
= Saldo	
5) Saldo Dividido pela População da UF	
= Quociente de Valor	
6) Quociente de Valor x População do Município	
= Recursos Federais a serem repassados ao Município	

Para receberem diretamente estes recursos, as Secretarias Municipais de Saúde (SMSs) devem preencher os seguintes requisitos: criação do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde; elaboração do Relatório de Gestão Local; contrapartida de recursos para a saúde de, no mínimo, 10% do seu orçamento; constituição da Comissão do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), com prazo de dois anos para a sua implantação; e a Programação e Orçamento da Saúde (PROS).

Caso as SMSs não conseguirem cumprir esta exigência, os recursos ficarão sob a gerência das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), que adotarão critérios para a sua redistribuição:

4.3.5.c- FLUXO REFERENTE AO “FATOR DE ESTÍMULO À MUNICIPALIZAÇÃO DO SUS”

Este fator foi criado para estimular o preenchimento das exigências mencionadas acima, ao acrescentar 5 % sobre a quota de recursos ambulatoriais.

Na impossibilidade de preencherem todos estes quesitos, os recursos residuais serão administrados pelas correspondentes Secretarias Estaduais que, estabelecerão seus próprios critérios para fazer a redistribuição financeira aos municípios.

4.3.5.d- FLUXO RELATIVO AO INVESTIMENTO DA REDE

Com a finalidade de auxiliar a aquisição de equipamento das unidades de saúde, foi instituído a Unidade de Capacitação da Rede (UCR) que estabelece, de acordo com o valor unitário da UCA, percentuais que variam de 1 a 5% sobre o teto de recursos destinados ao financiamento das atividades ambulatoriais.

Objetivando uma distribuição equitativa, estes percentuais incidem inversamente no respectivo valor unitário da UCA, isto é, os estados com menor valor unitário de UCA receberão 5 %; os que têm maior valor, perceberão 1%.

Para outros tipos de financiamento, que não sejam para equipamentos, foram criadas uma série de exigência: a) previsão no plano quinquenal do Ministério da Saúde; b) previsão em lei orçamentária, enviada pelo poder executivo e aprovada pelo legislativo; c) formalização por convênio e/ou por termo aditivo ao convênio do SUS, cabendo ao Ministério da Saúde apreciar e decidir sobre todas as medidas que tenham um caráter de excepcionalidade (Porto, 1991).

As medidas preconizadas pela Norma Operacional nº 1/91, com o elenco de portarias que a acompanhava, repercutiram de forma contraditória por todo o país, com poucos aspectos positivos e inúmeras críticas negativas.

4.3.6 - AS CRÍTICAS SOBRE O NOVO FINANCIAMENTO DO SUS

Para Santos (1991), as normas baixadas pelo INAMPS são ilegais, pois condicionou a descentralização das ações de saúde a convênios, que são instrumentos administrativos, ao passo que a Carta de 1988 garantiu ao SUS uma descentralização político-administrativa.

Além disto, o INAMPS não tem mais competência legal para gerir os recursos do OSS, uma vez que foi atribuído ao Ministério da Saúde, através da LOS, a administração do Fundo Nacional de Saúde

A Resolução n.º 258/91 não é válida, pois pela revogação da Lei n.º 6 439/77, não compete mais ao INAMPS a prestação de serviços médicos assistenciais, cujas gestões foram delegadas aos Estados, Municípios e Distrito Federal.

A Lei n.º 8 142/90 reafirmou o artigo 35 da LOS, garantindo o repasse automático dos recursos financeiros aos Estados, Municípios e Distrito Federal: assim não é legal alocá-los no INAMPS, como também é ilegítima a exigência de comprovação de serviços prestados e a contrapartida de 10% nos orçamentos municipais.

Cordoni Júnior e Bertone (1991), apesar de acharem “louvável a busca de mecanismos de transferência de recursos por cobertura populacional” (p.10), contestaram a centralização, a nível da Direção Geral (DG) do INAMPS, pois compromete a autonomia da gestão municipal, ferindo o princípio da unicidade de comando da esfera municipal.

Ambos elogiaram a medida que remunera os atos profissionais dos níveis superior e médio, que ratifica o caráter multiprofissional da assistência à saúde, mas para eles a área de Vigilância Epidemiológica e Sanitária não foi privilegiada, pois são remunerados apenas os atos executados por profissionais de nível médio.

Alertaram, também, que a melhor remuneração para os atos de maior densidade e complexidade tecnológicas poderá levar, novamente, ao problema de super faturamento e

que não há regras explícitas definindo os investimentos nas redes públicas, assim como não estão fixados os recursos para os programas especiais.

Porto e Ugá (s/d) fizeram críticas sobre a lógica subjacente ao sistema de repasse instituído, via produtividade, onde não são consideradas a qualidade dos serviços prestados e a resolutividade das ações.

As autoras consideraram que, em lugar de uma efetiva descentralização, o que ocorreu foi uma ausência de reconhecimento da autonomia das instâncias locais, face às variadas exigências solicitadas para efetuar a municipalização dos serviços de saúde.

O repasse de recursos, pelo INAMPS, diretamente às unidades prestadoras de serviços, sem a mediação do nível local, reforçou o caráter centralizador das normas operacionais .

Medici (1991) criticou a homogeneização, em todo território nacional, dos critérios de pagamento, sem correlação com a natureza do prestador e com a qualificação dos serviços prestados, o que poderá acarretar o desestímulo à produtividade e à melhoria da qualidade.

Da mesma forma, ele criticou a forma centralizada, sem a participação dos Estados, na formulação do processo de transferência de recursos, via SIH/SUS.

Embora elogiasse as novas medidas, úteis no processo de descentralização das ações de saúde, ele as considerou muito rigorosas nos pré-requisitos a serem cumpridos pelos Municípios, o que proporcionará a concentração dos recursos no nível regional.

Jaeger et alii (1991) direcionaram as críticas ao sistema SIA/SUS. Para os autores, a UCA não diminuiu as desigualdades regionais na distribuição dos recursos, não superando os problemas financeiros dos Estados com maior rede ambulatorial.

A manutenção do sistema de compra de serviço, com todas as deficiências plenamente conhecidas, estimula a produção, onerando, muitas vezes, de forma desnecessária, os gastos com a saúde.

Cordeiro (1991), analisando a NOB 1/91, destacou como medida positiva a instituição de tabelas unificadas de procedimentos ambulatoriais e de internações, mas ponderou que a adoção de critérios *per capita* na elaboração da tabela de procedimentos ambulatoriais, não favorece a eliminação das desigualdades regionais, pois irá penalizar os Estados que têm pouca capacidade ambulatorial.

Ele considera como norma positiva a obrigatoriedade de formação dos Fundos de Saúde nas redes estaduais e municipais, instrumentos úteis para a gestão descentralizada, pois facilitarão a definição das formas de fluxos de recursos para o atendimento ambulatorial e hospitalar.

Igualmente, foram apreciadas como benéficas a imposição da criação dos Conselhos de Saúde com representação comunitária e a exigência dos municípios apresentarem procedimentos de Programação e Orçamentação da Saúde (PROS), resgatando a idéia de um planejamento em saúde descentralizado, com controle popular.

Em contrapartida, Cordeiro enumerou um elenco de medidas por ele consideradas contraditórias:

1) Persistência da visão fragmentada do financiamento da saúde, uma vez que as normas se restringem ao orçamento do INAMPS, não se referindo ao orçamento global do Ministério da Saúde.

Há o agravamento de que as referidas normas não definem claramente os critérios para aprovação de projetos de investimentos, o que pode originar a necessidade de negociação caso a caso, ensejando pressões políticas e clientelísticas.

2) Dificuldade de acesso às informações pelos gestores estaduais e municipais, tendo em vista que os sistemas de informatização SIH/SUS e SIA/SUS exigem uma centralização gerencial a nível da DATAPREV/INAMPS.

3) Rigidez nas normas e mecanismos de remanejamento de recursos, necessitando de negociações periódicas para autorização dos ajustes característicos a cada realidade loco-regional.

4) Estímulo à superprodução desnecessária de procedimentos complementares ambulatoriais.

5) Redução dos níveis da cobertura ambulatorial, pela definição de valores a partir da UCA, que poderá refletir negativamente no orçamento e nas finanças da saúde.

6) Ausência de projetos de investimentos na área de Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária e da Saúde do Trabalhador. O mesmo tratamento é dado para as atividades de treinamento e capacitação dos recursos humanos da saúde, bem como para as ações referentes à Ciência e Tecnologia.

Melamed e Ribeiro (1993) vêem na uniformização dos procedimentos contidos no sistema SIA-SUS um conjunto de dados úteis ao gerenciamento das unidades, auxiliando no conhecimento do perfil da morbidade da população e na visualização de fraudes.

Os autores centram suas críticas na transposição da lógica mercantil dentro da esfera governamental, em contradição com a Constituição de 1988 que, ao apregoar a cidadania, não vê o indivíduo como um simples consumidor.

Apesar de admitir que o critério populacional utilizado para os repasses de UCAs e AIHs seja simples, transparente e igualitário, e um pouco mais justo que os anteriores, Vianna (1989) não o considera equitativo, pois também não corrige as desigualdades acumuladas, embora possa impedir o agravamento das diferenças regionais.

Uma outra crítica que se pode fazer em relação ao financiamento do SUS e que encontra eco dentro do setor empresarial, relaciona-se com o preço estabelecido pelo nível central para os procedimentos hospitalares e ambulatoriais. Geralmente os preços tabelados não correspondem à realidade dos custos, implicando em fraudes, para os setores privados que visam apenas o lucro, ou em falência para aqueles mais honestos.

Sob o fogo cerrado das críticas e acusações, as novas medidas para o financiamento do setor público foram sendo introduzidas de forma contínua, superando gradativamente os obstáculos encontrados, viabilizando de forma tutelar a descentralização do SUS.

4.3.6.a- A DESCENTRALIZAÇÃO TUTELADA DO SUS

Esta expressão cunhada por Medici e Marques (1994) mostra a ambigüidade da implementação do processo descentralizador de saúde brasileiro.

A incorporação das novas fontes de financiamento não resultou em aumento de disponibilidade financeira para o custeio das áreas sociais da Seguridade Social, pois os novos tributos foram utilizados para aliviar os encargos do Tesouro Nacional.

Ainda segundo Medici e Marques, em 1989, os recursos arrecadados pelo FINSOCIAL e pela Contribuição sobre o Lucro (novo imposto criado pela Constituição de 1988), ao invés de se destinarem à Seguridade Social, foram utilizados para custear as despesas com pensões e aposentadorias dos funcionários da União. No ano seguinte, 40% dos recursos arrecadados pelo FINSOCIAL e 42% sobre o lucro líquido foram desviados para outras finalidade alheias à seguridade.

No campo social, contrapondo-se aos desígnios constitucionais e mascarado pela propaganda governamental, as políticas de saúde se desenvolveram através de convênios firmados entre as esferas federais e as prefeituras, num processo de descentralização

tutelada de recursos, pois o nível local além de não obter a autonomia do financiamento, perdeu a capacidade de gerir as suas próprias ações de saúde.

De acordo com os dois autores, o processo de descentralização tutelada resultou num aumento do clientelismo, no enfraquecimento do papel do Estado e no incremento das negociações caso a caso com o poder central.

Em 1991, a política contensionista dos gastos, centrada principalmente na área social, causou uma regressão acentuada de recursos na saúde, de modo que a sua participação no total das despesas sociais assemelhou-se ao nível alcançado em 1984.

Em 1992, previa-se na proposta orçamentária uma participação mais elevada, mas ainda insuficiente, na ordem de 44.7% do FINSOCIAL, agora transmutado para COFINS (Contribuição para Financiamento da Seguridade Social).

A queda brutal de investimentos federais em saúde e a inadequação da legislação federal impediram que os artigos da LOS referentes à transferência de recursos federais diretamente para os fundos municipais fossem colocados em prática.

Assim, os municípios assumiram a gestão dos serviços locais, sob o controle e avaliação dos estados, com o governo central realizando um esvaziamento de sua autonomia, ao pagar diretamente os órgãos prestadores de serviços.

Esta situação anômala do financiamento do SUS provocou um estrangulamento do poder local, que se traduziu numa ineficiência do setor de ponta, impedindo que este tenha controle sobre as fraudes e desvios (Oliveira Júnior, 1994).

Dentro do quadro de financiamento da Seguridade Social, a saúde não se revelou prioritária, constituindo-se no “primo pobre”, recebendo menos recursos que a previdência (Medici & Marques & Soares, 1994).

Embora a Constituição delegasse à Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) a formulação anual de critérios distributivos entre os três setores sociais da seguridade, na

realidade, o que ocorreu foi uma especialização das fontes, ao serem veiculados os recursos do FINSOCIAL para a saúde e as receitas do lucro líquido para os programas assistenciais.

Apesar de ficar estabelecido, em 1993, pela LDO, que 15.5% dos recursos arrecadados da contribuição de empregados e empregadores seriam destinados à saúde, o que efetivamente ocorreu foi a não realização do repasse destes recursos, desviados para os cofres da previdência.

A escolha política de beneficiamento desta área, em detrimento da saúde, levou a uma impressão que a crise estava centrada somente na saúde, ao invés de se localizar na seguridade como um todo.

O esvaziamento na década de 90 dos recursos destinados à saúde levou a uma situação calamitosa dos serviços públicos, com denúncias freqüentes, na *media*, de mau atendimento, provocando uma evasão da classe média para os seguros privados em saúde.

Em 1993, numa tentativa de se redirecionar o processo de descentralização buscando corrigir as distorções encontradas, foi publicada pelo Ministério da Saúde a Norma Operacional nº 1/93.

4.3.7 - A NORMA OPERACIONAL Nº 1/93

No documento sintomaticamente intitulado "Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei", o Ministério de Saúde faz uma identificação dos cinco principais obstáculos encontrados no processo de descentralização, tecendo encaminhamentos para superá-los.

De acordo com a análise, além da ausência de uma política de investimento, os outros pontos críticos estariam correlacionados com a necessidade de: a) correção das distorções da série histórica utilizada como base de cálculo do teto financeiro; b)

estabelecimento de requisitos para a gestão municipal de AIHs; c) sistematização na compensação de AIHs interestadual e intermunicipal; d) reorganização da esfera federal.

O “Projeto Ousadia”, conforme ficou conhecido, fez o encaminhamento de uma série de propostas elaboradas por um Grupo Especial para a Descentralização, onde foram delineados os caminhos estrutural e operacional para um novo modelo assistencial, com a participação do controle social, definindo critérios de reformulação dos financiamentos em saúde e discriminando as competências das três esferas de governo.

Ressalta-se que o controle social, entendido como exercício de cidadania, obriga a presença de organizações legitimadas pela lei 8 142/90 que, no Artigo Primeiro determina que o SUS contará com as seguintes estâncias colegiadas: a Conferência Nacional de Saúde e o Conselho de Saúde.

4.3.8 - AS TRÊS FORMAS DE GESTÃO DESCENTRALIZADORA

Com um espectro de aspiração tão alargado, o “Projeto Ousadia” centra primeiramente seu alvo para organizar uma ação pactuada entre as esferas federal, estadual e municipal, cada uma com um elenco específico de responsabilidade compartilhada:

a) À nível nacional, ele formaliza a Comissão Tripartide, como única instância negociadora dos pactos institucionais, constituída por representantes do Ministério, do estado (CONAS) e do município (CONASSEMS).

b) À nível estadual, serão constituídas as Comissões Bipartides, integradas paritariamente por representantes das Secretarias Estaduais de Saúde e por órgãos colegiados de representação dos Secretários Municipais de Saúde, num total de oito elementos.

Objetivando disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços estaduais de saúde, foram criados dois tipos gradativos, mas não necessariamente sequenciais, de gestão: parcial e semiplena.

c) À nível municipal foram criados três tipos de gestão: incipiente, parcial e semi-plena.

A forma de gestão mais elementar, a incipiente, exige que haja um Conselho Municipal de Saúde, um Fundo Municipal de Saúde, um sistema de estatística com dados vitais e a presença de um médico responsável pela emissão das AIHs que não tenha vínculo com os prestadores de serviços conveniados ou contratados.

A gestão parcial requer os mesmos quesitos anteriores, acrescidos da elaboração do Plano Municipal de Saúde, com extratos bancários apresentados semestralmente e apresentação anual do Relatório de Gestão atualizado.

Da mesma forma, a condição semi-plena demanda os mesmos pré requisitos, acrescido de mais duas exigências: a primeira refere-se à contrapartida para a saúde de recursos próprios do Tesouro Municipal e a outra requer a apresentação ou a elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

É interessante notar que num lapso, quiçá ideológico, a gestão plena não foi explicitamente configurada como meta, sendo referida, de forma ambígua, como a “situação desejada”.

Tendo em vista, que essa tipologia tanto serve para classificar os estados, quanto os municípios (com a diferença que o estado não tem a forma incipiente, já partindo da situação parcial), o processo de gestão estadual necessita preencher, sem grande alterações, uma série de exigências similares aos pré requisitos municipais.

Na elaboração desta tipologia de gestão configurou-se uma preocupação com um fluxo decisório ascendente, de modo que os conflitos, não resolvidos numa instância, galguem um nível imediatamente acima, buscando soluções em outras esferas de poder.

É importante frisar que não é obrigatória a aceitação destas regras: é preciso que tanto o estado como o município manifestem, por escrito, o desejo de participar das novas regras estabelecidas.

Em relação à questão mais complexa do financiamento das ações de saúde do SUS houve um tratamento especial, com a participação integrada dos três níveis.

4.3.9- A NOB 1/93 E O FINANCIAMENTO DO SUS.

Reconhecendo como situação-problema a insuficiência de recursos destinados ao setor saúde e os efeitos negativos da irregularidade dos fluxos financeiros, a Nob 1/93 atribui a responsabilidade de aporte de recursos aos três níveis de governo: federal, estadual e municipal.

Além de oferecer sugestões para racionalizar o custo da assistência médica, para erradicar o desperdício e eliminar a corrupção, apresenta uma lista de medidas consideradas eficazes para ampliar a receita num quadro recessivo, com destaque para:

“Programar e executar entre 10 e 15% das receitas próprias da União, Estado e Municípios;

Definir claramente os itens que compõem os gastos com saúde para efeito de alocação dos recursos do setor;

Garantir que as atuais fontes de recursos para a Seguridade Social sejam arrecadadas em sua totalidade;

Impedir a especialização de fontes de seguridade social defendendo o sistema de caixa único para a saúde, previdência e assistência social, em proporções preestabelecidas pelo Conselho Nacional de Seguridade Social a cada ano e submetida ao congresso na LDO.

Implantar gerência colegiada dos recursos da Seguridade Social, com participação das três áreas que a integram, assegurando o repasse imediato dos recursos quando da realização da receita” (Brasil, 1993, p.16).

O anexo nº 1 da NOB 1/93 estabelece as normas para o financiamento das atividades hospitalares e ambulatoriais.

4.3.9.a - O FINANCIAMENTO DAS ATIVIDADES HOSPITALARES

Continua o mesmo instrumento operacional, as AIHs, com igual critério de definição populacional, sendo que agora o município receberá mensalmente o duodécimo correspondente a 8% da sua população, sendo os restantes 2% encaminhados ao estado a que pertence.

Tanto para o estado, como para o município, o teto anual financeiro para o custeio será calculado através da multiplicação do quantitativo de AIHs pelo valor médio histórico das AIHs, estaduais ou municipais, constante no período de janeiro a dezembro de 1992, corrigido na mesma proporção que a tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares.

Os critérios para a programação dos quantitativos de AIHs serão aprovados pelo Conselho de Saúde, que contemplará as prioridades entre os prestadores públicos, privados e filantrópicos.

Será estabelecida, sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde (SES), uma Câmara de Compensação de AIHs entre os municípios, de modo a viabilizar a sua circulação, sendo permitido que os municípios solicitem recursos adicionais a esta Câmara ou a outro municípios vizinhos para as unidades que atuem como referência regional.

4.3.9.b - O FINANCIAMENTO DAS ATIVIDADES AMBULATORIAIS

A Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) foi mantida como instrumento operacional, cujo valor nominal será atualizado de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do Fundo Nacional de Saúde.

No caso de alteração dos valores dos procedimentos ambulatoriais será modificado o valor nominal da UCA, de modo a suprir a diferença observada.

O critério *per capita* utilizado para o cálculo dos recursos destinados, anualmente, para os estados e Distrito Federal, mantem-se igual ao da NOB 1/91.

O teto financeiro mensal destinado à instância municipal será calculado através do gasto histórico verificado no ano anterior, corrigido pela população adscrita, pela complexidade da rede e pela sua capacidade potencial de produção, estimada pelos recursos humanos e equipamentos que o município possui.

Assim poderá haver reajuste de recursos entre os municípios, desde que não se altere o valor do teto máximo estadual.

Os Fatores de Estímulo Estaduais e Municipais foram extintos. Em seu lugar surgiram o Fator de Apoio ao Estado e Fator de Apoio ao Município, sendo que a sistemática para o cálculo destes valores manteve-se inalterada: corresponde a 5% do valor da UCA do estado, ou município, multiplicado pelo seu respectivo número de habitantes e recebido mensalmente sob a forma de duodécimo.

Para o Estado, estes recursos destinam-se para casos específicos: tratamento fora do domicílio, aquisição de remédios especiais e provisão de órteses e próteses; apenas os municípios catalogados na gestão incipiente, parcial e semi-plena podem receber estes fatores, uma vez que há uma flexibilidade para aceitar ou não as novas regras de financiamento.

É bom lembrar que o município enquadrado na gestão incipiente não tem capacidade de gerir os recursos financeiros da rede hospitalar e ambulatorial, quer seja pública, que seja privada. Através da Secretaria Municipal de Saúde, ele apenas recebe as faturas, encaminhando-as para o Escritório Regional do Ministério da Saúde e enviando uma cópia para a autoridade sanitária do estado.

Quando em sistema de gestão parcial, ele mensalmente retém os recursos financeiros correspondentes à diferença entre seu teto financeiro estabelecido, subtraído dos recursos destinados ao pagamento das faturas apresentadas pelos prestadores públicos e privados, efetuado pelo Ministério da Saúde.

E, em gestão semi plena, ele recebe, mensalmente, *in totum*, os recursos financeiros para custeio, correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos.

Por sua vez, o estado sob a forma de gestão parcial, recebe mensalmente as receitas dos municípios não classificados em nenhuma das três formas, além de reter os recursos financeiros correspondentes a diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado pelas unidades próprias e os serviços por ele contratados.

O estado em gestão semi-plena, continua a receber, mensalmente, os recursos destinados aos municípios que não se enquadraram em quaisquer tipos de gestão, bem como o total dos recursos financeiros para o custeio de sua rede própria e daquela que convenciou.

Em relação aos recursos de investimento na área hospitalar e ambulatorial, houve uma mudança significativa: sua alocação constará no Plano Nacional de Prioridades em Investimento, após avaliação, negociação e compatibilização com os Planos Municipal e Estadual, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

4.3.10- CRÍTICAS A NOVA MODALIDADE GERENCIAL DO SUS

O Projeto Ousadia foi regulamentado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.

A normatização deste processo descentralizador pautou-se por um estratégia lenta e gradativa, comandada pelo nível central, que estabeleceu a exigência de uma série de

condições para adequar os estados e municípios às novas regras do financiamento das ações de saúde.

Partindo do princípio de que um dos objetivos do SUS é obter um maior grau equidade no acesso ao atendimento médico, condição que é decorrente de uma melhor redistribuição de recursos financeiros, Porto (1994) questiona a validade de algumas propostas apresentadas pelo “Projeto Ousadia”.

A primeira crítica está centrada na incapacidade de alguns municípios, geralmente os de menor desenvolvimento sócio-econômico em se organizarem, segundo as novas regras, principalmente a mais elementar: a formação do Conselho Municipal de saúde

Segundo a autora, em pesquisa realizada em 1993 pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Nutrição (NESCON), em 3.376 municípios pesquisados (número que representa 68% do total dos municípios existentes em 1963), 36% não tinham ainda composto o seu Conselho Municipal de Saúde.

Esta amostra é significativa, pois representa mais da metade dos municípios existentes, ou mais precisamente, 68% do total dos municípios brasileiros.

De acordo com a referida pesquisa, o fator demográfico influencia a capacidade dos municípios em organizarem os seus conselhos de saúde. Em municípios com até 2000 habitantes, 63% ainda não tinham (em 1993) constituídos os conselhos municipais de saúde; nos municípios com 2000 a 5000 habitantes, o percentual diminuiu para 51%.

A queda se acentua de acordo com o aumento da capacidade demográfica: entre os municípios com 100 000 a 200 000 habitantes, apenas 13% ainda não tinham formados os conselhos, ao passo que, nos municípios com 200 000 a 400 000 habitantes, o índice de ausência caiu para 4%.

Pelo exposto, em 1993, grande parte dos municípios com pequena capacidade populacional não alcançaram o estágio inicial de gestão incipiente, ficando seus recursos

financeiros, destinados à saúde, geridos pela secretaria estadual, o que, na realidade, não é coerente com a proposta de descentralização idealizada para este setor.

A pesquisa em questão faz um aceno otimista para o fato que 93% dos Conselhos Municipais de Saúde foram criados a partir de 1991, face à necessidade de se cumprir as exigências formuladas para o repasse de recursos financeiro para a área municipal de saúde.

Ainda na visão crítica de Porto, a utilização de valores históricos nos repasses de recursos para a área hospitalar, obedecendo a uma demanda já estabelecida, irá corroborar a disseminação de práticas inequitativas, uma vez que se continuarão a perpetuar as desigualdades de desempenho existentes.

Ressalta-se que o cuidado em se estabelecer cotas máximas de AIHs para cada estado, a partir da variável populacional, demonstra uma preocupação com a equidade, traduzida como igualdade nas taxas de utilização aos serviços hospitalares.

Entretanto, como não há um questionamento ou uma avaliação acerca da qualidade dos serviços prestados, do grau de complexidade e da resolutividade do tratamento efetuado, esta preocupação é apenas simbólica.

Por outro lado, os valores regressivos da UCA, classificando os estados em seis grupos distintos, consolidam as desigualdades regionais, ao remunerar diferencialmente os mesmos procedimentos executados.

Outra crítica formulada pela referida autora refere-se a compra de serviços municipais e estaduais pelo governo federal que, ao estabelecer esta relação mercantil, esquece-se que o serviço público é regido por uma lógica diferente do mercado, prestando serviço a uma população epidemiologicamente diferenciada daquela que é alvo dos serviços privados.

Além de estar em desacordo com o artigo 35 da LOS, a gama de exigência formulada para o repasse dos tetos financeiros e o fato do governo central legislar

soberanamente sobre a alocação de recursos para o nível local é uma incongruência com os postulados descentralizadores.

“Sintetizando, a lógica que norteia as modalidades de transferências adotadas, pode-se afirmar que ela está mais relacionada com o conceito de produtividade, deixando de levar em conta tanto as necessidades quanto a qualidade do atendimento e a resolutividade das ações de saúde. Em outras palavras, ao que parece, está sendo priorizada a eficiência e esquecida a eficácia” (Porto, 1994, p.57).

Pelo acima exposto, as recentes medidas normatizadas pelo governo, através do Projeto Ousadia, vieram colocar mais alguns obstáculos na implementação do SUS que, após cinco anos de vida, ainda não havia conseguido realizar as metas propostas relativas à descentralização, universalização e equidade.

Estas críticas são em parte corroboradas com uma pesquisa de campo realizada no ano de 1993, em quatro municípios mineiros, onde é analisada a implantação do Sistema Único de Saúde no Estado de Minas Gerais, *pari passu* ao Projeto Ousadia.

De acordo com os dados colhidos nos quatro municípios mineiros, graças à captação mais ampla e sistematizada das informações sanitárias locais, a municipalização dos serviços de saúde apresentou, como mudança benéfica, uma maior preocupação com o planejamento das ações preventivas em saúde, por parte das autoridades governamentais locais (Aires & Venuto & Batista, 1996).

Apesar da privilegiamento das ações profiláticas no âmbito do planejamento, tal mudança não se consubstanciou na prática, pois as ações curativas, de natureza ambulatorial e hospitalar, oneram de forma substancial o orçamento de saúde local, principalmente em municípios onde o atendimento é feito quase exclusivamente através de compra dos serviços privados.

Tal obstáculo não invalida importância do fato de que o rumo das atenções sanitárias tenha sido desviado para as atividades preventivas, mostrando um avanço na consciência sanitária dos governantes locais, anteriormente pouco preocupados às questões referentes à qualidade de vida da sua população.

De acordo com a pesquisa, os constantes atrasos de repasses financeiros dos Tesouros federal e ou estadual para os cofres municipais, face a fatores políticos-burocráticos, vêm dificultando a resolutividade das ações de saúde implementadas pelo nível local, fazendo com que autoridades municipais postulem a transferência, sem intermediação, dos recursos alocados para a área de saúde: uma vã reivindicação já que existem exigências gradativas para que seja estabelecida a gestão semi-plena a nível municipal.

Em relação a participação comunitária, via conselhos de saúde, no processo de descentralização das ações de saúde (exigência contidas no Projeto Ousadia), os autores da pesquisa concordam que a ação dos atores locais só é possível num cenário de democracia, porém nas constatações empíricas nos municípios selecionados ficou evidente que: “(..) não se pode confundir descentralização com democratização. Quer dizer, o processo de descentralização pode realizar-se sem que ocorra necessariamente a participação de atores excluídos do processo decisório” (Aires & Venuto & Batista, 1996, p.11).

Citando Jacobi, os autores concordam com o ponto de vista de que para que seja viável a participação popular são necessários dois fatores: a existência no nível local de uma certa organização popular representativa e uma ocupação dos cargos políticos com militantes favoráveis à causa da participação popular.

Mesmo que ambas condições sejam satisfeitas, ainda há o risco que usuários adversários da política municipal ocupem o espaço reservado para a representação popular, transformando-o numa arena político-partidária, onde a exacerbação dos conflitos restringiriam o processo participativo.

Assim os conselhos de saúde terão oportunidade de melhor cumprirem as suas funções, caso não haja no mercado político-partidário um excesso de competição entre os dirigentes dos cargos de administração municipal e os representantes dos usuários; estes últimos, por sua vez, têm que estar bem informados sobre o sistema, além de estarem sensibilizados e motivados para participarem de forma ativa e transformadora, garantindo deste modo um efetivo exercício de sua cidadania.

Ainda examinando os resultados da pesquisa efetuada nos quatro municípios mineiros, agora sob a ótica da administração estadual, Aires (1996) denuncia algumas dificuldades enfrentadas pelo nível regional como condutor do processo de municipalização.

Existe na Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Minas Gerais uma deficiência de recursos humanos treinados para fazer o assessoramento do processo de municipalização em virtude dos baixos salários pagos aos profissionais especializados. Diante da melhor remuneração paga pelos governos federal e de alguns municípios de médio e grande porte, há uma evasão de pessoal especializado da SES/MG para estas esferas, deixando uma lacuna no quadro técnico estadual de saúde.

Tendo em vista que o processo de municipalização das ações de saúde não se faz de forma homogênea e sim gradual, dada a especificidade de cada município, reveste-se de grande importância a atuação da Comissão Bipartide, cuja finalidade é normatizar e coordenar o mecanismo de intergestão entre os dois níveis, local e regional, em busca de estabelecer soluções para os inevitáveis conflitos que surgem nos planos político, ideológico e tecnológico.

Na experiência dos quatro municípios mineiros, ficou evidenciado que, no fórum da Comissão Bipartide, os municípios de menor porte têm maior dificuldade para fazer ouvir as suas reivindicações, pois há uma supremacia numérica na representatividade dos municípios de porte médio. Estes, por sua vez, por possuir uma maior, e talvez melhor, rede

instalada de serviços médicos, reclamam que são obrigados a atender a demanda reprimida de outros municípios menos equipados, o que se reflete no aumento orçamentário dos gastos destinados à saúde.

Apesar de todos os percalços apresentados durante esta fase de transição do novo modelo gerencial de saúde, ainda em fase de implantação, nos quatros municípios mineiros, Aires (1996) adverte sobre dois aspectos relevantes a serem considerados e quiçá estendidos para o restante da realidade brasileira.

O primeiro aspecto conduz a uma ponderação: não há dúvidas que num processo de avaliação de implantação de um sistema de saúde de tal magnitude, como é o Sistema Único de Saúde, existe um grande mérito em se detectarem os problemas, os desvios e os conflitos que surgem nas negociações entre as diversas estâncias de poder.

Não obstante, apesar do processo apresentar uma miríade de óbices, resta a fazer uma indagação: como estaria a situação sanitária brasileira se não fosse iniciado, ainda que sob forma incipiente, a municipalização do SUS?

A visível retração dos poderes federal e estadual no financiamento às ações de saúde tem compelido, de forma pragmática, os governos municipais a alocarem mais recursos orçamentários nesta área, possibilitando um incremento no processo de descentralização da saúde, na tentativa de minimizar a crise neste âmbito social.

Outro aspecto refere-se ao fato de que sendo o SUS um projeto ambicioso que envolve as três esferas governamentais, requerendo a participação popular como forma de ampliar os direitos de cidadania, num país repleto de desigualdade social, a sua intervenção transformadora da realidade não pode ser concretizada a curto prazo.

A descentralização de saúde, tal como é prescrito pela pelo artigo 198 da Constituição de 1988, comandada por inúmeras normas legiferantes, deve ser efetuada por

etapas prolongadas, pois é um processo gradual, flexível e progressivo, repleto de conflitos inter institucionais, não sendo possível e admissível esperar um imediatismo de resultado.

Há que se esperar algumas décadas para que os passos iniciais da descentralização administrativa, atualmente dúbios e tímidos, se concretizem numa maior universalização e equidade dos serviços em saúde, com participação e controle popular, numa sociedade democraticamente constituída.

CAPÍTULO Nº5: CONCLUSÃO

“Também vi Sísifo extenuando-se e sofrendo; empurrava um bloco imenso com ambas as mãos. Na verdade, ele o arrastava até o cume, sustentando-o com os pés e as mãos; mas quando estava a ponto de, finalmente, atingir o alto do morro, o peso excessivo o impelia para baixo. Novamente, então, a pedra impiedosa rolava para o vale. Entretanto, ele reiniciava o trabalho e empurrava-a, a ponto de ficar com o corpo banhado de suor; ao redor de sua cabeça, porém, pairava uma nuvem de poeira”.

(Homero, em *Odisseia* XI, 593, transcrito de Verena Kast, 1992, p.29)

Em plena emergência do século XXI, Fukuiama (1992) proclama a legitimidade da democracia liberal como o sistema ideal de governo uma vez que, ao dominar hegemonicamente, ideologias rivais como a monarquia hereditária, o fascismo e o comunismo, pode vir a constituir o “ponto final da evolução ideológica da humanidade, a forma final de governo humano” e, desta forma, preconizar “o fim da história” (p. 11).

Embora Fukuiama reconheça que as democracias liberais, estáveis e atuais (Estados Unidos, França e Suíça) não estejam isentas de injustiças e problemas sociais, estes não são decorrentes de falhas nos dois princípios basilares da democracia liberal, a liberdade e a igualdade, mas de implementação incompleta deste princípios, fato que não macularia a perfeição do *ideal* da democracia liberal.

Esta recentíssima recente forma de pensar o liberalismo econômico confirma a visão contemporânea da corrente filosófica do pós modernismo, onde:

“O futuro afigura-se negativamente; no limiar do século XXI desenha-se o panorama aterrador da ameaça mundial aos interesses da vida em geral: a espiral armamentista, a difusão incontrolada das armas nucleares, o empobrecimento estrutural dos países em desenvolvimento, o desemprego e os desequilíbrios sociais crescentes nos países desenvolvidos, problemas com o meio ambiente sobrecarregado, altas tecnologias operadas às raias da catástrofe, dão as palavras-chave que invadiram a consciência pública através dos meios de comunicação de massa” (Habermas, 1987, p. 104, 105)

Para Habermas, os recentes avanços da energia nuclear, da biotecnologia, da cibernética, dos meios de comunicação em massa são complexos sistemas tecnológicos ambivalentes, com maior probabilidade de efeitos colaterais disfuncionais, onde diariamente são percebidas: “que as forças produtivas transformam-se em forças destrutivas e que a capacidade de planejamento se transforma em potencial desagregador” (p. 105).

De acordo com o autor, este pessimismo cultural, onde as utopias são negadas, seria uma visão errônea do pós-modernismo, conceito de sociedade subordinada ao poder dos meios de comunicação de massa, a sociedade dos *mass media*.

Para os teóricos da pós-modernidade, a intensa e generalizada comunicação tornaria a sociedade transparente, uma vez que os *mass media* tornam possível “em tempo real” as informações sobre tudo que acontece no mundo.

Segundo Vattimo (1992), o que de fato ocorreu foi que a sociedade se tornou intransparente, uma vez que o rádio, a televisão, a imprensa, os meios de comunicação em geral, se tornaram elementos de uma grande explosão e multiplicação de visões de mundo, ao liberar para a ribalta da opinião pública toda as culturas e sub culturas existentes, principalmente as das minorias e dos marginalizados.

Decorrente deste processo de pulverização de culturas, há uma incrementação na importância do saber das ciências humanas, que estuda a “sociedade de comunicação”, utilizando-se largamente do termo “comunidade”, com o objetivo de evocar uma maior organicidade e imediatividade própria da comunicação.

Esta pseudo autotransparência produzida pelo *mass media*, em conjunto com o saber das ciências humanas, conduziram apenas “à exposição da pluralidade, dos mecanismos e das armações internas da construção da nossa cultura” (Vattimo, 1992, p.33).

Na tentativa de explicar as causas das diversas visões de mundo, as ciências humanas constituíram verdadeiros modelos interpretativos, com uma pretensa neutralidade axiológica, de tal modo que as imagens fornecida pelo *mass media* e interpretadas pela ciências humanas permitiram a “fabulação do mundo”, onde a realidade aparece falsamente transparente e desmistificada.

Para Vattimo, com esta perspectiva, o mundo ficou menos unitário, por ser fragmentado, menos certo, por ser fabuloso; daí a necessidade de se reencontrar o mito, numa tentativa de desmitificar a desmistificação, isto é a interpretação pseudo verdadeira do mundo, imposta pela sociedade de comunicação.

Retornando as críticas de Habermas (1987) aos pós-modernos, este autor nega que haja um esgotamento das energias utópicas: o que de fato ocorreu foi o término de uma determinada utopia que se cristalizava em torno do potencial de uma sociedade do trabalho, ou melhor especificando, do trabalho abstrato, já que algumas categorias tais como trabalho, produção e lucro perderam a sua força na determinação da constituição e do desenvolvimento da sociedade em geral.

A perda de importância destes fatores constituintes da sociedade capitalista veio com a derrocada do principal responsável pela utopia de uma sociedade de trabalho, o Estado do Bem-Estar Social (o *Welfare State*), que através da meta de pleno emprego converteu a massa trabalhadora em massa assalariada em tempo integral, concedendo-lhe, burocraticamente, direitos compensatório e indenizatório aos riscos inerentes ao trabalho assalariado: acidentes, perda do emprego, doenças, aposentadorias.

A crise do *Welfare State* promoveu o esgotamento desta utopia; com a emergência da recente teoria filosófica pós-modernista da sociedade de comunicação, urge o surgimento de uma outra forma de energia utópica, para não se cair numa visão niilista do pós-modernismo:

“E com este tema os acentos utópicos deslocam-se do conceito de trabalho para o conceito de comunicação. Falo simplesmente de “acentos” porque com a mudança de paradigma do trabalho para a sociedade de comunicação o tipo de ligação com a tradição utópica também muda” (Habermas, 1987, p.114).

Esta visão niilista também é combatida por Mannheim (1976) ao afirmar que, quando o futuro se apresenta como um meio impenetrável, um muro intransponível, quando todas as tentativas de atravessá-lo são rechaçadas, há uma imperiosa necessidade de se escolher um caminho em estreita conexão com um imperativo que nos impulse: a utopia.

Se, por caso existir num futuro hipotético, um mundo onde tudo esteja terminado, sem que haja possibilidade de surgir algo de novo, como se o “agora” fosse uma repetição do passado, é possível vir a pensar que o pensamento humano esteja isento de quaisquer elementos ideológicos e utópicos.

Mas, se existe esta suposição no plano conceitual das idéias, na realidade concreta da existência, é impossível a exequibilidade deste porvir, pois seria negar a presença da consciência mítica do homem, produzindo símbolos, sonhos e fantasias, na sua sempiterna busca em mudar a realidade que não lhe satisfaz.

Desta forma, mesmo que o momento atual se apresente sem perspectivas a longo prazo, onde o “fim da história” é apregoado, não devemos dar créditos aos coveiros das utopias que não vêm alardear a ausência da esperança na construção de um mundo melhor.

Se, conforme a visão de Habermas (1987), o paradigma de uma sociedade de trabalho não se adapta a novel sociedade de comunicação, a *mass-media*, o homem forjará novas utopias a partir dos velhos mitos presentes no seu “inconsciente coletivo”.

Para Mannheim (1976), o homem e as utopias são processos indissociáveis; a ausência destas significaria em última análise, a decomposição da vontade humana, com a conseqüente reificação do homem ao perder a sua dimensão histórica.

“A desapareção da utopia ocasiona um estado de coisa estático em que o próprio homem se transforma em coisa. Iriamos, então, nos confrontar com o maior paradoxo imaginável, ou seja o do homem que, tendo alcançado o mais alto grau de domínio racional da existência, se vê deixado sem um único ideal, tornando-se um mero produto de impulsos. Assim, ao término de um longo e tortuoso, mas heróico desenvolvimento, justamente no mais elevado estágio da consciência, quando a história vai deixando de ser um destino cego e se tornando uma criação do homem, o homem perderia, com o abandono das utopias, a vontade de plasmar a história e, com ela, a capacidade de compreendê-la” (p.285).

51- A UTOPIA DO SUS E OS MITOS DA DESCENTRALIZAÇÃO E EQÜIDADE.

Na presente dissertação foram apresentadas, de forma sucinta o processo de formação do Sistema Único de Saúde, a sua recente e conturbada implantação, destacando-se dois temas: descentralização e eqüidade em saúde, considerados como imagens míticas dentro do ideário da Reforma Sanitária.

Utilizando a tipologia proposta por Mannheim podemos classificar o SUS como uma utopia socialista-comunista, elaborada por uma *intelligentzia* sanitária encastelada no poder, aproveitando os espaços institucionais abertos numa fase de transição de implantação do processo democrático brasileiro: a Nova República.

À nível internacional, a proposta da Reforma Sanitária teve contra si o fato de ser extemporânea, pois seu amplo ideário de proteção à saúde do cidadão foi idealizado num momento histórico onde já era evidente a derrocada mundial do *Welfare State*, ou a Sociedade do Bem-Estar Social.

À nível nacional, a Reforma Sanitária, sofreu a influência, na sua implantação, das forças políticas conservadoras que, no interior do aparelho governamental, anularam grande parte do poder de gestão dos reformistas, levando a um desgaste da estratégia a ser implementada (Teixeira, 1988; Ribeiro, 1993).

O desgaste se tornou mais intenso com o fato que na sua uniciente articulação com os altos escalões governamentais, os reformistas não consideraram relevante o peso do mercado em condicionar e distribuir para setor privado os recursos financeiros alocados, em detrimento dos serviços públicos de saúde, impedindo que houvesse uma subordinação da medicina privada lógica do Estado, conforme os anseios da Reforma Sanitária.

Com esta gênese imperfeita, sofrendo influência dos setores neoliberais, a utopia do SUS prossegue em seus caminhos e descaminhos; na tentativa da correção dos desvios a cada ano são introduzidas normas legiferantes com a finalidade de recolocar nos trilhos os vagões descarrilhados dos SUS.

Apesar destes percalços, o utopia do SUS segue avante, taticamente implementada a longo prazo, de maneira gradual e progressiva.

Dentro do seu ideário figuram vários elemento míticos, entre as quais foram pinçadas a descentralização e a equidade.

Tal como é proposta no artigo 198 da Constituição de 1988, “a descentralização, com direção única em cada esfera de governo”, nos remete ao plano da consciência mítica, onde emerge a idéia de “comunidade”, numa re-emergência dos sentimentos atávicos de uma vida primitiva, solidária, sob um único comando.

Por intermédio da mítica descentralização, afloram as idéias de participação e controle social, fazendo com que o indivíduo-cidadão aspire uma proximidade mais orgânica e imediata com as autoridades, com o propósito de, ao controlar a sua saúde, controlar também o seu destino.

No entanto há que se ter cuidado com esta re-evidência dos aspectos míticos comunitários, pois, segundo Mattos (1989) há uma tendência internacional de se exaltar as identidades subnacionais, de se valorizar os instintos gregários da micro comunidade, como

se fosse numa manobra neoliberal para contrapesar a formação de grandes mercados transnacionais, tais como: a Comunidade Econômica Européia, o Mercosul.

Ou como bem nos alertou Vattimo (1992), para o fato do termo “comunidade” não passar de um subterfúgio adotado pelos meios de comunicação, de modo a dar um impacto maior de organicidade e imediatibilidade dos fatos divulgados.

Em relação à imagem mítica da equidade, contida no ideário da utopia do SUS, na realidade, ela não passa de uma aspiração institucionalizada da igualdade.

A Reforma Sanitária, enquanto uma proposta idealizada, tinha, como meta democrática, corporificar na política pública os ideais igualitários; como frente de luta ou arena, o reforço das identidades políticas; e, dentro dos limites constitucionais, visava um processo de transformação e de reforma do Estado (Teixeira, 1994).

Para a autora em questão, a Reforma Sanitária, além de resgatar o caráter público da saúde teria, como objetivo, o fortalecimento do Estado, da sua capacidade política de planejamento e de gestão técnico-administrativa. Para tanto, teria de transcender o limite de uma simples reforma setorial, necessitando de um aporte financeiro adequado e institucionalizado.

Em suma, através da Reforma Sanitária, haveria hoje “condições favoráveis de retornar a diretriz da equidade, de forma a inserir a questão da saúde no projeto nacional de desenvolvimento e redirecionar o sistema de saúde para a ampliação da solidariedade” (Teixeira, 1994 p. 52).

Entretanto, o que ocorreu foi um insólito hiato entre o ideal e o real: enquanto projeto de Reforma Sanitária, ambicionava metas que transcendiam os limites setoriais da saúde; enquanto corporificado no Sistema Único de Saúde nem ao menos conseguiu melhorar as condições de atendimento à saúde do país.

O que de fato houve foi uma incongruência entre um projeto ambicioso que propõe uma universalização de serviços de saúde, com um acesso equitativo, utilizando a descentralização como motor propulsor para o processo de redemocratização do cidadão, num país onde os ventos neoliberais assopram destruindo quaisquer empreendimentos eutópicos, isto é, as boas utopias.

5.2- AS POSSÍVEIS SITUAÇÕES DO SUS

Para Ribeiro (1994), o processo de implementação do SUS decorreu sobremodo acidentado e fragmentado; as várias experiências efetuadas de gestão não asseguraram, até o momento, a formação de um consenso nacional que envolva a sociedade, com seus setores organizados, numa luta em prol de sua defesa e validação.

Na sua visão, no quadro atual de conflitos, são três as situações possíveis de acontecer ao SUS: a sua desagregação, a sua estabilização, ou a sua viabilização.

5.2.a- A PRIMEIRA SITUAÇÃO POSSÍVEL: A DESAGREGAÇÃO DO SUS.

Para Ribeiro (1994), a desagregação do SUS enquanto possibilidade real está subsidiada por três fatores: a) o descrédito do repasse; b) o conceito de universalização de acesso; c) o controle social.

O descrédito decorrente de falta de repasse financeiro é a possibilidade mais corriqueiramente conhecida, através da difusão de notícias que desabonam o funcionamento do sistema e que, em grande parte, são explicadas pelo esvaziamento financeiro praticado na saúde, pelo governo, na partilha dos recursos do Orçamento da Seguridade Social.

Segundo Teixeira (1994), o que está ocorrendo é a não materialização da Seguridade Social em base político-institucional, uma vez que, na prática, ela não passa de uma mera junção formal de três setores que recebem financiamentos distintos, onde o peso maior privilegiaria a previdência, em virtude das contribuições obrigatórias arrecadadas e pelo fato dos benefícios terem uma obrigatoriedade por força de contrato.

Este fato dá ensejo a manobras políticas pois, conforme já relatado, no ano de 1993, com a crise fiscal do Estado, houve uma especialização ilegal que reservou os recursos da única fonte segura de financiamento para o pagamento dos benefícios da previdência social, ficando a crise pontualizada na área da saúde.

De acordo com a autora acima citada, a partir de 1989, a área de saúde sofreu um corte violento no seu financiamento, com uma queda real de 50% do gasto federal, expresso pela diminuição de gasto per capita de US\$ 81.43, em 1989, para US\$ 54.33, em 1991.

Em consequência, os contínuos atrasos no repasse de pagamento às unidades conveniadas privadas, ou a constante diminuição dos recursos destinados aos investimentos locais e regionais, impedindo que haja um efetivo planejamento das ações de saúde, afetaram a credibilidade do sistema, minando, desta maneira, as bases de apoio ao SUS.

Assim, a afirmação de Teixeira (1994, p.51) que “a alternativa de repassar o financiamento para os municípios não indica, na verdade, qualquer solução para os problemas, representando mais *uma fuga para frente*” vem, na realidade, corroborar as desconfianças de que o processo atual de descentralização do SUS passa mais pelo descaminho preconizado por Claus Offe de “deslocamento de conflitos” do que pela via idealizada pelos reformistas sanitários, que previam a formação de várias instâncias intermediadoras de negociação e resolução de conflitos.

Em relação à universalização do acesso, há uma justificativa que circula entre os profissionais do ex-INAMPS que atribuem ao aumento indiscriminado da clientela, com a conseqüente queda da qualidade do atendimento, como um fator de descrédito do SUS.

Dentro desta linha de pensamento, Schraiber (1993) aponta um fator cultural para a evasão dos médicos ao apoio à medicina estatizada: o ideal da autonomia, que se estruturou, no seu primórdio, na prática do pequeno produtor privado e isolado em consultórios, nos idos tempos da medicina liberal, e que, nos dias de hoje, se consubstancia no atendimento particular de pacientes portadores de convênios de saúde.

A postura alienada dos médicos em relação ao objetivo do seu trabalho no setor público, bem como dos meios e processo para a sua própria realização profissional, torna-se um fator lesivo para a eficácia dos seus serviços (Souza Campos, 1992)

A opinião deste autor está alicerçada pelo descompromisso verificado pela prática médica no setor público, considerado apenas como um complemento às atividades realizadas no âmbito privado.

Em decorrência disto, o trabalho dos médicos servidores públicos burocratiza-se, pautando-se pelo cumprimento estrito às normas e pela falta de iniciativa e criatividade, sendo a culpa imputada, pela categoria, aos baixos salários recebidos.

Um outro motivo possível da debandada do apoio médico ao SUS foi a não concretização, sob a alegação de insuficiência de recursos, da antiga aspiração de isonomia salarial entre os diversos órgãos e níveis governamental

Essas causas justificam, em parte, o apoio ambíguo dos sindicatos, das associações médicas corporativas, que estavam presentes na gênese do Movimento Sanitário, impulsionando, com seu dinamismo, a defesa da Reforma Sanitária, dela se afastando quando da implementação do SUS.

Para o já citado Ribeiro, o terceiro e último fator de desagregação do SUS estaria na insuficiência do controle popular, considerado por muitos como uma utopia.

Reforçando esta idéia, existem portadores de parcela de poder no estado e no município, onde se incluem secretários, prefeitos, governadores, que evitam esta instância de negociação, preferindo uma intermediação direta com os níveis superiores de decisão.

Esta recusa em reconhecer o nível local como interlocutor fragiliza os movimentos comunitários em saúde que, embora organizados, são oficialmente omitidos como um importante canal de reivindicação e pressão popular.

Segundo Costa (1994), outra causa que afetou duramente a continuidade do SUS, nos moldes idealizados, foi o descompasso entre o discurso formal dos sindicalistas em prol do sistema público e as reivindicações efetuadas na arena decisória das negociações.

Para este importante segmento operário, o SUS não faz parte da pauta de negociação, pois o pleito em relação à saúde está majoritariamente direcionado para o atendimento médico em forma de seguro privado ou nos serviços próprios das empresas.

Todos estes fatores levaram a saúde ao quadro caótico atual, onde o idealizado não se coaduna com o realizado, levando num primeiro momento de perplexidade a concordar com Roberto Schwarz de que as idéias estão “fora do lugar”.

Porém, observando como o capital se organizou e se redistribuiu mundialmente, após a crise dos anos setenta, adquirindo feições transnacionais, apropriando-se e transformando a estratégia progressista de descentralização em instrumento para deslocamento de conflitos, há de se concordar com a afirmação de Maria Sylvia de Carvalho Franco (1976) de que, na verdade, “as idéias estão no lugar”, não só durante o período escravocrata, como na atualidade.

5.2.b- A SEGUNDA SITUAÇÃO POSSÍVEL: A ESTABILIZAÇÃO DO SUS.

A segunda provável situação do SUS é a sua destinação para as massas marginais, o que, em parte, já é uma realidade.

O acesso universal à saúde, sem qualquer pré requisito ou contrapartida, é uma proposição pioneira do SUS. E, uma vez que a saúde está incluída no rol dos atributos de uma cidadania plena, ela passa a ser entendida como um direito e não como uma *benesse*, ou um favor concedido pelo Estado.

A bem da verdade, conforme já visto, foi a partir de 1970, que o INPS ampliou seu leque de atuação tanto na área previdenciária quanto na de serviços de saúde, abrangendo seus benefícios aos rurais, às empregadas domésticas e aos trabalhadores autônomos, dando início a uma incipiente universalização de direitos, ao incorporar essas populações marginais ao mercado consumidor de cuidados públicos em saúde.

A proposição de haver uma igualdade de acesso ao serviço público de saúde aproxima-se, na teoria, do sistema inglês de saúde que efetivamente incluiu todos os cidadãos no atendimento público de saúde.

No que pese o longo alcance pretendido pelo SUS, a aspirada universalização foi acompanhada por mecanismos de contenção de demanda: filas, marcação de consultas com prazo longínquo e queda na qualidade dos serviços.

Nesta acomodação de demanda os setores menos privilegiados resistem mais, pela falta de opção, enquanto a classe média e as mais privilegiada procuram uma saída para o subsistema privado.

Desta maneira, o sistema concretiza uma “universalização excludente” que ao invés de incluir todos os segmentos sociais direciona-se para o atendimento aos setores

mais carentes e resistentes aos mecanismos de repressão da demanda (Faveret Filho e Oliveira, 1989, p.32).

E é no bojo desta pretensa universalização que, a partir da década de 80, que surge um novo elemento no cenário nacional das ações em saúde: os seguros privados de saúde, que emergem com grande vigor no cenário nacional.

Segundo os autores, a introdução deste novo elemento no mercado, vai provocar uma mudança acelerada no sistema de atendimento médico até então implantado à semelhança do modelo inglês: público e universal.

Gradativamente, o sistema brasileiro demonstra a tendência de adquirir as feições do modelo norte americano, uma vez que nos Estados Unidos a assistência médica privada é hegemônica, havendo apenas dois programas públicos-governamentais dirigidos a duas clientelaes específicas: o *Medicaid*, destinado aos comprovadamente pobres e o *Medicare*, de caráter contributivo, direcionado aos idosos.

E também gradualmente, o Sistema Único de Saúde sai da pauta de reivindicações dos sindicatos, que passam a colocar em sua agenda de negociação a garantia de obter para os trabalhadores e para a sua família a cobertura de um seguro de saúde privado.

Assim, à exceção dos hospitais universitários e de alguns hospitais especializados, "os serviços públicos de Saúde são vistos e tratados como serviços para os pobres e por isso permanecem pobres" (Santos, 1994, p. 68).

Em relação à descentralização, o SUS pode ser preservado em seus princípios gerais, mas como ocorreu um processo de municipalização pactuada com características variadas e, dada a heterogeneidade existente das políticas loco-regionais, no fundo, não foram concretizadas mudanças profundas.

Este fato revela de que há uma multiplicidade de interesses que passam por caminhos diferentes daqueles idealizados pelo proposta reformista, entre os quais pode-se

citar a atitude de alguns prefeitos que apostam na fragilidade da organização civil para fugirem ao controle democrático popular.

Aqui cabe também uma crítica aos formuladores da Reforma Sanitária que, encastelados em altos cargos burocráticos e apoiados por autoridades constituídas, promoveram uma reforma pelo “alto”, assumindo acriticamente que é possível fazer mudanças e arranjos distributivos sem interpelarem os atores envolvidos no processo (Costa, 1994).

Este mesmo autor faz uma citação de Souza Campos que corrobora a crítica acima ao qualificar esta transformação setorial como “uma tentativa de impor reformas por cima, por intermédio do aparelho estatal, o que requer a participação do governo, seja lá qual for a composição das forças que o represente” (p.27).

Tal procedimento tecnocrático colocou inúmeros obstáculos ao encaminhamento da Reforma Sanitária, pela restrição de alianças no campo político, obrigando a formulação de leis e de normas institucionais que legislassem sobre instâncias formais de participação colegiada, os grupos de interesses, constituídos por usuários, prestadores de serviços, organizações civis, trabalhadores de saúde, todos convocados como parceiros dos gestores para implementar algumas políticas localizadas.

Convém notar que, segundo a tipologia de Rondinelli já exposta anteriormente, a descentralização formulada no projeto constitucional teria, no SUS, as características de devolução, promovendo a equidade e o fortalecimento dos estados e municípios, utilizando como instrumentos a participação e as transferências automáticas.

No entanto, com as modificações efetuadas pela NOB 1/91, que instituiu a chamada descentralização tutelada, a descentralização perde a sua característica de devolução, assumindo as feições de uma delegação (Tobar, 1995).

Desta maneira, o processo de descentralização institucional, iniciado na década de 80, em plena crise fiscal, foi sofrendo modificações que o afastaram do seu texto inicial, não chegando a se concretizar na plenitude proposta, tornando-se num dos maiores impedimento à organização e funcionamento do SUS, a existência de um “centralismo insepulto” e uma “descentralização inacabada” (Santos, 1994, p. 66)

5.2.c- A TERCEIRA SITUAÇÃO POSSÍVEL: A VIABILIZAÇÃO DO SUS.

Para Ribeiro (1994), as determinações da NOB 1/93, constituindo uma gestão colegiada entre a federação, os estados e os municípios, possibilitaram uma saída pactuada para o SUS, ao proporcionar um avanço na forma de gestão das ações de saúde, com o estabelecimento de um efetivo controle social.

A formação de uma Comissão Bipartide, composta paritariamente por representantes do estado e dos municípios, caracteriza uma gestão colegiada encarregada de discutir e negociar o planejamento e a alocação de recursos para as ações locais de saúde, de acordo com as premissas legais e diretrizes do SUS.

Em casos de conflitos, há a interferência mediadora do Conselho Estadual de Saúde; não havendo conciliação, os pontos divergentes serão encaminhados à Comissão Tripartide, de caráter nacional, envolvendo o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASSEMS. Persistindo os conflitos, caberá o recurso resolutivo de encaminhamento para o Conselho Nacional de Saúde.

Esta estratégia de multiplicação de instâncias colegiadas para a conciliação e resolução dos conflitos poderá reverter, a longo prazo, a intenção governista de apenas acobertar e deslocar os conflitos do centro para a periferia, deixando que as grandes proposições contidas nas diretrizes do SUS se esfaquem por falta de aporte de recursos financeiros.

A elaboração, debaixo para cima, do Plano Nacional de Prioridade em Investimento, após ausculta das instâncias estadual e municipal, através de seus respectivos conselhos, demonstra uma preocupação respeitosa com os anseios do desenvolvimento loco-regional.

Na opinião de referido Ribeiro, este fluxo decisório, com linha direcional ascendente, caracteriza um modelo pactuado, onde as diversas instâncias abrangentes buscam um consenso em torno das premissas básicas do SUS, havendo como que um reforço na participação política dos atores sociais envolvidos com o SUS.

Esta participação ao nível do micro cosmo social, atrairá outros segmentos da sociedade civil que ainda não se comprometeram com a Reforma Sanitária em curso, aumentando o grau de participação e controle popular, condição básica para a completa implementação do SUS, nos moldes idealizados pelo Movimento Sanitário.

5.3- O SUS E OS MITOS OU OS MITOS DO SUS

Cada capítulo desta dissertação teve como introdução uma lenda da mitologia greco-romana, que procurou, de certa forma ter uma correlação com o assunto a ser desenvolvido.

Seja por falta de um embasamento científico necessário, ou por uma inibição intelectual ou mesmo um temor quanto às possíveis críticas procurou-se não tratar os temas da descentralização e da equidade como se fossem mitos, embora Roland Barthes (1980) afiance que, sob certa ótica, tudo pode ser considerado como um mito.

Pela primeira lenda vimos que o nascimento da Equidade não se deu de forma pacífica: sua mãe, a Justiça, querendo manter-se pura e intocável foi obrigada, por uma imposição divina, a casar-se. Deste matrimônio forçado nasceram a Equidade, a Paz e a Lei.

Desta maneira, a Justiça e as suas filhas se complementam, pois só existem enquanto um quarteto indissociável. Não existe Justiça sem Equidade, sem Paz e sem Lei e vice versa.

No Brasil de governos autoritários, não se poderia conceber um sistema de saúde que contemplasse a justiça social e a equidade num regime dominado por arbítrio e por constituições espúrias.

Foi durante o período de transição democrática que o imaginário coletivo abriu suas asas libertadora, idealizando, num momento de crise econômica, um sistema de saúde que servisse também como ponta de lança para a restauração da democracia, com característica participativa.

Relembrando as palavras de Teixeira (1994), já citadas na introdução:

“A proposição de um sistema igualitário, em uma das sociedades mais fortemente marcadas pela diferenciação e segmentação sociais revela que o imaginário social brasileiro não se deixou contaminar por esta dura realidade e nem mesmo pelo sentimento de fracasso das utopias que se denominou como pós modernismo” (p.51).

Será utópico o sistema de saúde formulado pela elite pensante brasileira? Poderá, na prática, ser factível de ser implantado com todo o ideário de justiça social, igualdade e solidariedade? Será que subjacente a sua teoria está presente o ideal da restauração do mito da Idade de Ouro? Nestes questionamentos a respeito da validade e viabilidade do SUS, as opiniões divergem, de acordo com as posições ideológicas.

Os seus formuladores, geralmente leitores da cartilha de ideologia esquerdista, apostam que na sua implementação: segundo a autora acima citada, “enquanto um modelo de ética e de justiça social, o projeto da Reforma Sanitária não pode ser questionado quanto à sua operacionalização e viabilidade” (p.51).

Os mais cépticos, partidários da hegemonia do poder do mercado, contestam a sua operacionalidade e viabilidade, concordando indiretamente com a citação de Roland Barthes (1980):

“Provocar um imaginário coletivo é sempre um empreendimento inumano, não só porque o sonho essencializa a vida em destino, mas também porque o sonho é pobre, é a caução de uma ausência” (p.162).

Outros, mais pragmáticos, adotamos uma posição intermediária: o SUS, enquanto uma idealização, jamais será realizado na sua totalidade e nem tão pouco foi formulado para ser factível em toda a sua extensão.

Ele servirá, sim, como um dos vários instrumentos de transformação de uma realidade, fósmea e contingente, que muda de acordo com as interrelações de forças no interior de uma sociedade, atuando como se fosse um fio condutor, abrindo caminhos, estradas para o assentamento de outras políticas sociais: a educação, a habitação, o lazer...

Na saúde, o ideário da Reforma Sanitária foi legalmente absorvido, com todas as suas características dominantes: a descentralização gerencial, com reforço do nível local; a hierarquização e integração dos serviços; o acesso universal e gratuito; e a democratização da gestão de recursos, através de estruturas tripartides (governo, usuários e profissionais de saúde).

Desde os tempos míticos, Hígia ou Salus já se subordinava a um colégio sacerdotal, que se arrogava no direito exclusivo de ver a estátua da deusa, e de rogar pela saúde dos cidadãos e do Estado.

Sendo assim, a aprovação do SUS, um projeto de saúde tão ambicioso, envolvendo setores de ideologias conflitantes, quer dos tecnoburocratas progressistas, quer

dos empresários de saúde neoliberais, não teria sido viabilizada se não houvessem múltiplos acordos, pactos e arranjos neocorporativos.

Desde modo, o projeto da Reforma Sanitária incorporou o setor privado, tentando subordiná-lo ao comando (regulamentação, fiscalização e controle) do poder público estatal, através do artigo 197 da Constituição, que considera de relevância pública as ações e serviços de saúde.

O que não se previu foi o rápido desatrelamento de parte do setor privado da dependência financeira dos cofres estatais, através da grande expansão dos seguros saúde, cuja clientela é garantida pela classe média e pela empresas que acorrem a esta prestação de serviços para os seus empregados, delegando porém aos cofres públicos o atendimento das patologias e dos procedimentos mais onerosos, tais como câncer, AIDS e emergências.

A evasão da classe média e dos sindicatos, grupos de maior poder de vocalização e de organização, ajudaram a enfraquecer o sistema público de atendimento, já combalido pela redução dos gastos efetuada neste setor, dando espaço para uma intervenção de fundo neoliberal no processo de implementação do SUS.

Ora, o maior perigo para o SUS, enquanto utopia, é o esvaziamento do seu conteúdo e a apropriação de sua forma para outras finalidades para o qual ele não foi concebido.

O conteúdo do SUS, quando despojado de suas funções redistributivas é assenhorado pelo discurso e práticas neoliberais, refletindo-se em desvios na trajetória do seu processo de implantação.

Foi exatamente isto que aconteceu com o processo de descentralização e com o financiamento.

Idealizado para ser a estratégia primordial das ações em saúde, considerado como a ponta de lança da democratização participativa, a descentralização sofreu uma distorção

no seu processo, e tal qual um Proteu transmudou-se numa tática de camuflar e deslocar, sem resolver, os conflitos.

A universalização dos cuidados de saúde, via acesso universal e igualitário, desintegrou-se sob o peso de uma lógica governamental procustiana: estenderam-se legalmente, de forma irrestrita e indiscriminada, os benefícios, cortando-se, em contrapartida, os recursos destinados ao financiamento.

“Neste caso, nunca a lenda (de Procusto) esteve tão viva como nestes dias. O SUS procura adaptar o sistema de saúde de acordo com seus interesses não muito claros, ora esticando a paciência dos profissionais e pacientes, ora dilapidando os hospitais, mas sempre com a intenção clara e inequívoca de repassar a responsabilidade, sem no entanto repassar os recursos necessários” (Ricachenevki, 1985, p.4).

O resultado não poderia ser outro: a crise e o descrédito do SUS, a esperança e a desesperança, como se fossem o eterno rolar de pedras sísificas...

Seria o SUS um trabalho de Sísifo, um trabalho fatigante e feito em vão?

Depende da forma como se encara o seu castigo.

Para muitos, é realmente um trabalho cansativo, feito em vão, que nada cria de novo, restando apenas o cansaço: uma mera frustração.

O eterno se repetir levaria uma tensão no mito de Sísifo: a consciência de que nem tudo é produtivo, confrontando com a exigência interior de que tudo tem que ser produtivo.

Nesta perspectiva derrotista, o mito nos diz que o homem pode se esforçar, utilizando o máximo de suas forças, mas nunca terá êxito: o seu castigo é não poder desistir.

Para Camus (Kast, 1992), Sísifo é um herói trágico e absurdo, condenado a viver sem esperança, sem ilusão e sem futuro, e mesmo assim ele empurra a pedra *in aeternum*, sem se deixar vencer pelos deuses, resistindo, dando tudo de si, sem fugir.

Nesta visão mais otimista, o mito de Sísifo simbolizaria as situações, onde apesar de não haver aparentemente perspectiva de êxito, o herói, persistindo no seu eterno afã, no fundo, aguarda alguma mudança.

A sua força estaria em não se esmorecer, em manter-se em pé por si mesmo, numa luta para que os deuses não o derrotem, fazendo o possível para mudar o seu destino, por mais imutável que ele aparente.

Talvez a sua tenacidade não esteja dirigida para alcançar o objetivo fugidio, mas sim o empenho de estar a caminho, a coragem de poder sempre recomeçar, sem desistir.

De acordo com Kast, a questão central subjacente ao mito sísifico estaria na esperança e desesperança como emoções centrais da vida humana; a sua temática existencial “é a temática da autonomia e da dependência, da expansão e da conformidade, da insistência na própria vontade e da aceitação dos limites” (p.93).

Se visualizarmos o SUS como uma pedra de Sísifo real, podemos aceitar que ela se modifique com o tempo, se desgaste, mudando a sua forma e o seu impulso e que, ao rolar, tomasse novos caminhos, não os caminhos já trilhados e conhecidos das velhas práticas neoliberais, mas a verdadeira trajetória direcionada para o ideal primordial, contido nas idéias presentes quando da sua elaboração: a transformação e a realização de uma sociedade mais justa e equânime.

Estariamos assumindo assim a postura trágica do herói, adotando a sua tenacidade, apesar da aparente transitoriedade de seus esforços, já que para ele:

(...) “A pedra simbolizaria não só o dever, mas também toda a fadiga da própria existência; desistir da pedra então significaria desistir de sua vida, capitular” (Kast, 1992 p.24).

Ao pensarmos no SUS e na sua viabilidade, recordaríamos as últimas palavras de Thomas More, em *Utopia*: "Aspiro, mais do que espero". A esperança maior do que a certeza.

E a esperança na mitologia greco-romana está indissolutamente associada à criação do homem. Conta-se que Prometeu, filho de Saturno, notou que entre todas as criaturas vivas não havia nenhuma que fosse capacitada a comandar todos os seres vivos, que fosse dotada de inteligência para se comunicar com os deuses através dos pensamentos.

Então, da lama da terra, criou Prometeu o homem.

Para dar maior poder ao homem, Prometeu (em grego: "previdente") roubou do carro do Sol o fogo, irritando deste modo Júpiter, o deus dos deuses do Olimpo.

Com intuito de castigá-lo, Júpiter mandou Vulcano forjar uma mulher dotada de todas as perfeições, apresentando-a à corte celeste magnificamente vestida, tendo à cabeça véus, guirlandas de flores e uma coroa de ouro.

Encantada com esta criação divina, todos os outros deuses lhe ofertaram os mais variados dons, recebendo por conseguinte o nome de Pandora: do grego *pan*, tudo e *doron*, dom.

Entregando-lhe uma caixa bem fechada, Júpiter mandou Pandora como um presente à Prometeu.

Este, desconfiado de uma cilada, não quis receber nem Pandora nem a caixa, recomendando igual cuidado ao seu irmão Epimeteu.

Epimeteu (em grego: "que pensa tarde demais"), esquecendo-se das recomendações fraterna, encantou-se por Pandora e tomou-a como esposa.

A caixa fatal então foi aberta, deixando escapar todos os males e crimes que, súbitos, se difundiram por todo Universo.

Assustado, Epimeteu tentou tampá-la, mas era tarde demais; preste à escapar, ainda restava a Esperança que, foi rápida e hermeticamente aprisionada no interior da caixa (Commelin, 1993).

E assim, enquanto houver a esperança, o único sentimento que não deixou a caixa de Pandora, as utopias, tais como o SUS, serão elaboradas pela consciência mítica do homem, capacitando-o a sonhar e a construir socialmente um mundo melhor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHUMADA, P. Jaime. Descentralización, desarrollo local y municipio en America Latina. *Revista Paraguaya de Sociología*, ano 29 (85): 7-98, Assunção, setembro e dezembro de 1992.
- AIRES, Ildimar Cruz, VENUTO, Adriana, BATISTA, Cláudia de Cássia B. O programa de implantação do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais: participação dos usuários, acesso aos serviços de saúde e grau de satisfação. *Revista Brasileira de Administração Pública*, 30 (3): 5-18, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, maio, junho de 1966.
- AIRES, Ildimar Cruz. O processo de implantação do Sistema Único de Saúde: perspectiva dos autores da SES/MG. *Revista de Administração Pública*, 30 (6):21-36, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, novembro, dezembro de 1996.
- AZEREDO, Beatriz. O financiamento dos programas sociais: impasses e perspectivas. *Revista de Administração Pública*, 22 (1): 3-13. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1988.
- BARROS, Sonia. Realidades y mitos de la descentralización gubernamental, *Cuadernos del CENDES* (4); 167-176, Caracas. 1984.
- BARTHES, Roland. Mitologias. 4º ed. São Paulo, Difusão Editorial, 1980.
- BENTHAM, Jeremy. Princípios da moral e da legislação, in Os Pensadores, São Paulo, Editora Abril S.A. Cultural e Industrial, 1974.
- Separata dos Pensadores, capítulo 49: 665-684, São Paulo Editora Abril S.A. Cultural e Industrial, 1974.
- BOISIER, Sérgio. La gestión de las regiones en el nuevo orden internacional causi-estados y causi-empresas. *Revista Paraguaya de Sociología*, ano 28 (82): 7-37, Assunção, maio, agosto de 1991.
- Centralización y descentralización territorial, in *Selección de Documentos. CLAVE*, Santiago, ILPES, 1985.
- BORJA, Jordi. Descentralización: una cuestión de método, in *Revista Mexicana de Sociología* (48): 5-32, México, outubro e dezembro 1984.
- BRAGA NETO, Francisco Campos & VERAS, Claudio Travasso & NORONHA, Maria Ferreira & MARTINS, Monica & LEITE, Yuri. Em busca de novos modelos gerenciais: os grupos diagnósticos homogêneos a gerência hospitalar. *Revista de Administração Pública* 24 (4): 87-94, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, agosto e outubro de 1990.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, Congresso Nacional, Brasília, 5 de outubro de 1988.

- Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde / SNAB. Abc do SUS, Doutrina e Princípios. Brasília, 1990.
- Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei, Brasília 1993.
- CAILLOIS, Roger. O Mito e o homem. Lisboa, Edições 70, 1979.
- CARDOSO, Fernando Henrique. Programa de saúde do candidato da coligação PSDB/PFL. *Saúde em Debate* (43): 29-32. Londrina, junho de 1994.
- CARNOY, Martin. Estado e teoria política, 2º ed., Campinas, Papirus, 1988.
- CARVALHO, Guido Ivan & SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8 080 e Lei 8142). São Paulo, Editora Hucitec, 1995.
- CHAUÍ, Marilena. Cultura e democracia, o discurso competente e outras falas, 3º ed., São Paulo, Editora Moderna, 1982.
- CKAGNAZAROFF, Ivan Beck. A nova constituição - uma nova administração municipal? *Revista de Administração Pública* (23):104-107, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, agosto - outubro de 1989.
- COELHO, Teixeira. O que é utopia. 9º edição. São paulo, Editora Basiliense, 1992.
- COIMBRA, Marco Antônio. Abordagens teóricas ao estudo das políticas sociais, in Política social e combate à pobreza, Rio de janeiro, Jorge Zahar Editores, 1989.
- COMMELIN, P. Mitologia grega e romana. São Paulo, Martins Fontes, 1993
- CORDEIRO, Hésio. Controvérsias no financiamento do SUS. *Saúde em Debate*, (31): 19-24. Londrina, março de 1991.
- CORDONI JUNIOR, Luís & BERTONE, Arnaldo A. Reflexões sobre os novos mecanismos de pagamento do INAMPS. *Saúde em Debate*, Londrina (31): 9-10, 1991.
- COSTA, Nilson do Rosário. Políticas públicas. direito e interesse: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. *Saúde em Debate* (45): 23-29. Londrina, dezembro de 1994.
- CRIPPA, Adolpho. Mito e Cultura. São Paulo, Editora Convívio, 1975.
- DRAIBE, Sonia & WILNES, Henrique. "Welfare State" , crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional, *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, nº 6 (3):53-78, fevereiro de 1988.

- DOXA. Análise da nova legislação federal sobre repasses de recursos para o financiamento de saúde no município do Rio de Janeiro, mimeo, 1991.
- ELIADE, Mircea. Lo sagrado y lo profano. Madrid, Guadarrama/ Punto Omega, 1979.
- Mito e realidade. 4º ed. São Paulo, Editora Perspectiva, 1994.
- FAVERET FILHO, Paulo & OLIVEIRA, Pedro Jorge. A universalização excludente (reflexões sobre as tendências do sistema de saúde). Texto para discussão nº 216. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia Industrial, 1989.
- FRANCO, Maria Sylvia de Carvalho. As idéias estão no lugar. *Caderno de Debate. História do Brasil* (1): 61-64, 1976.
- FRIEDMAN, Milton & FRIEDMAN, Rose. Liberdade de escolher, o novo liberalismo econômico, Rio de Janeiro, Record, 1980.
- FUKUYAMA, Francis. O fim da história e o último homem, Rio de Janeiro, Rocco, 1992.
- GALVÃO, Stella. O Brasil gasta pouco e mal em saúde. *Revista do Incor*, ano I (7): 6-11, São Paulo, Fundação Zerbini, novembro de 1995.
- GENTILE DE MELLO, Carlos. PREV-SAÚDE: vida, paixão e morte. *Saúde em Debate* (12): 25-6, Londrina, outubro/dezembro de 1981.
- HABERMAS, Juergen. A nova intransparência. A crise do Estado de Bem-Estar Social e o esgotamento das energias utópicas, *Novos Estudos CEBRAP* nº 18: 103-114, setembro de 1987.
- HOBBS DE MALMESBURY, Thomas. Leviatã ou Matéria, forma e poder do estado eclesiástico e civil, in Os Pensadores. São Paulo, Editora Abril Cultural e Industrial S.A., 1974.
- JAEGER, Maria Luiza & OLIVEIRA JUNIOR, Mozart & CARVALHO, Gilson & LEÃO, Edmilson. Financiamento do SUS - Quem paga a conta e quem se apropria dos recursos. *Tema/Radis*, Rio de Janeiro (12):20-2, novembro de 1991.
- JARDANOVSKI, Elio & GUIMARÃES, Paulo Cesar Val. Equidade e modelo de saúde: subsídios para discussão do caso brasileiro. *Saúde em Debate* (42): 10-15, Londrina, março de 1994.
- JORNAL DO BRASIL. CONAR abre processo contra o governo. Rio de Janeiro, 12 de janeiro de 1996, 1º caderno, p.4.
- JORNAL DO CREMERJ. Em pauta a formação de cooperativa: CREMERJ abre o debate, Rio de Janeiro, ano IX, nº 66: 10, janeiro de 1996.
- KAST, Verena. Sísifo. A mesma pedra. Um novo caminho. São Paulo, Editora Cultrix, 1992.

- KEYNES, KALECKI, SRAFFA, ROBINSON. Separata dos Pensadores, capítulo 71:926-944, São Paulo, Editora Abril Cultural S. A., 1976.
- KING, Desmond S. O Estado e as estruturas sociais de Bem-Estar em democracias industriais avançadas, in *Novos Estudos CEBRAP* (22): 53-76, outubro de 1988.
- LEVCOVITZ, Eduardo & PEREIRA, Telma Ruth C. SIH/SUS (Sistema AIH): uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil - 1983-1991. *Série Estudos em Saúde Coletiva* (57):1-83, Rio de Janeiro, 1993.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. Antropologia Estrutural. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.
- LOBO, Tereza. Descentralização - uma alternativa de mudança. *Revista de Administração Pública* (22): 14-24. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, janeiro e março de 1988.
- Política social e descentralização em projeto, in A política social em tempos de crise: articulação e descentralização. vol. III, MPAS, CEPAL, Rio de Janeiro, 1990.
- LOCKE, John. Segundo tratado sobre o governo, in Os Pensadores, São Paulo, Editora Abril S.A. Cultural e Industrial, 1973.
- LORDELLO DE MELLO, Diogo. Descentralização, papel dos governos locais no processo de desenvolvimento nacional e recursos financeiros necessários para que os governos locais possam cumprir seus papéis. *Revista de Administração Pública*, 25(4): 199-217. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, outubro/dezembro de 1991.
- MACPHERSON, C.B. A democracia liberal. Origens e evolução. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1978.
- MANNHEIM, Karl. Ideologia e Utopia. 3ª edição. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1976.
- MARSHALL, T. H. Cidadania, classe social e status, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1967.
- MARX, Karl & ENGELS, Friederich. A ideologia alemã. volume 1, 3ª edição, Portugal Editorial Presença; Brasil, Martins Fontes, sem data.
- MATTOS, Carlos A. de. La descentralización - una nueva panacea para enfrentar el subdesarrollo regional. *Revista Paraguaya de Sociología*, ano 26 (74): 95-116. Assunção, janeiro, abril de 1989.
- MEDICI, André Cezar. Novas regras para o financiamento setor saúde em 1991. *Saúde em Debate* (31): 25-31, Londrina, 1991.
- MEDICI, André Cezar & MARQUES, Rosa Maria. Financiamento e desempenho das políticas sociais: 1998-1991. *Saúde em Debate* (42): 4-9, Londrina, maio de 1994.

- & MARQUES, Rosa Maria & SOARES, Laura Tavares. Saúde no contexto da seguridade: dilemas de financiamento. *Saúde em Debate* (44): 55-68. Londrina, setembro de 1994.
- MELAMED, Clarice & RIBEIRO, José Mendes. Financiamento em Saúde no Brasil - 1985 - 1992: novos problemas e proporções. *Saúde em Debate*, (41): 37-45. Londrina, dezembro de 1991
- MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a constituição da hegemonia do projeto neoliberal, in Eugênio Vilaça Mendes (org.). O Distrito Sanitário, o processo social da mudança nas práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Rio de Janeiro. Hucitec/ABRASCO, 1995.
- O processo social de distritalização de saúde, in Eugênio Vilaça Mendes (org.). O processo social de mudança nas práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Hucitec/ ABRASCO, 1995.
- MILLS, Anne & VAUGHAN, J. Patrick & SAITH, Duane L. & TABIBZADEH, Iraj. Descentralización de los sistemas de saúde. Conceptos, aspectos y experiencias nacionales, Genebra, Organização Mundial de Saúde, 1990.
- MORE, Thomas. A Utopia I e II, in Os Pensadores. São Paulo, Editora Abril Cultural Industrial S.A., 1974.
- Separata dos Pensadores, capítulo 15: 201-203, São Paulo, Editora Abril Cultural S.A., 1974.
- MOSCA, Caetano. História das doutrinas políticas. 3º ed. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1975.
- MULLER NETO, Júlio S. Políticas de saúde no Brasil. A descentralização e seus atores. *Saúde em Debate* (31): 54-66, Londrina, março de 1991.
- MUSGROVE, Philip. La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, Indicadores e Interpretación. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 95 (6): 525-546, dezembro de 1983.
- NASCIMENTO, Álvaro. Municipalização - Trinta anos de esperança. *Tema/RADIS*, Rio de Janeiro (12): 3-6, novembro de 1991.
- NETTO, Francisco Costa. Comentários sobre a institucionalização do SUDS. *Caderno do IMS* vol. II (1), abril/ maio de 1988.
- NOZICK, R. Anarquia, Estado e Utopia, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1991.
- OFFE, Claus & VOGT, Winfried & FRANK, Jürgen. Estado e Capitalismo, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1980.

- OLIVEIRA, Francisco de. O surgimento do antivalor. Capital, força, trabalho e fundo público, *Novos Estudos CEBRAP*, nº 22: (8-27), outubro de 1988.
- OLIVEIRA, Jaime A.de Araújo & TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. (Im)Previdência Social 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1989.
- OLIVEIRA, Valéria Rezende. Reflexões sobre a política de assistência no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 24 (1): 74-87. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, novembro 1989, janeiro de 1990.
- OLIVEIRA JUNIOR, Mozart. Financiamento do SUS: estrangular para governar. *Saúde em Debate* (43): 7-73, Londrina, junho de 1994.
- PAIM, Elza. Sistema Nacional de Saúde. Aula da Cadeira de Administração de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública.(ENSP/FIOCRUZ), mimeo, 1979
- PATAI, Raphael. O mito e o homem moderno. São Paulo, Editora Cultrix Ltda, 1972.
- PEREIRA, João. Justiça social no domínio da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro (6): 400-421, out/dezembro de 1990.
- PENA, Maria Valéria Juno. Saúde nos Planos Nacionais de Desenvolvimento, *Dados* (16): 69-95, 1977.
- PINHEIRO, José Mendes. O SUS e o desafio neocorporativo. *Saúde em debate*, (44): 4-8. Londrina, setembro de 1994.
- PORTO, Sílvia & UGÁ, Alicia. O financiamento do setor saúde no Brasil. Situação atual e alternativas de reestruturação, mimeo, sem data.
- PORTO, Sílvia Marta. Descentralização de Recursos no setor saúde: Comentário sobre algumas propostas, in S. M. Vianna (org.). O Financiamento de saúde no Brasil. *Série Economia e Financiamento* (4): 123-141, Brasília, OPAS, 1994.
- Distribuição eqüitativa de recursos financeiros no setor saúde, in S.M. Vianna (org.). *Série Economia e financiamento* (4): 49-71. Brasília, OPAS, 1994.
- Justiça social e eqüidade em saúde. mimeo, 1995.
- PRZEWORSKI, Adam & WALLERSTEIN, Michel. O capitalismo democrático na encruzilhada, in *Novos Estudos CEBRAP* (22): 29-44, outubro de 1988.
- RIBEIRO, José Mendes. Arranjos neocorporativos e defesa de interesses do médico. *Cadernos de Saúde Pública* (1): 5-20, janeiro e março de 1993.
- O SUS e o desafio neocorporativista. *Saúde em Debate* (44): 4-8, Londrina, setembro de 1994.

- RICARCHENEVSKI, James. SUS. O princípio do fim. *Jornal do CREMERJ*, ano VIII (64), p.4, Rio de Janeiro, novembro de 1995.
- SANTOS, Lenir. A ilegalidade nas normas baixadas pelo INAMPS no financiamento do SUS para 1991: contribuição para sua mudança. *Saúde em Debate* (31): 14-8. Londrina, 1991.
- SANTOS, Nelson Rodrigues dos. O Sistema Único de Saúde: realizando a utopia sem perder a utopia. *Saúde em debate* (43): 64-70. Londrina, julho de 1994.
- SCHRAIBER, Lília Blima. O médico e seu trabalho. Limites da liberdade. São Paulo, Hucitec, 1993.
- SCHWARZ, Roberto. As idéias fora do lugar. *Estudos CEBRAP* (3); 149: 161, janeiro de 1983.
- SMITH, Adam. A riqueza das nações, in Os Pensadores. São Paulo, Editora Abril S.A. Cultural e Industrial, 1974.
- SOUZA CAMPOS, Gastão Wagner. Reforma da reforma. Repensando a saúde. São Paulo, Editora Hucitec, 1992.
- SWINGEWOOD, Alan. Marx e a teoria social moderna. Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira S.A., 1978.
- TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Assistência Médica Previdenciária. Evolução e crise de uma política social. *Saúde em debate*, Londrina (9):21-37, janeiro, fevereiro, março de 1980.
- O dilema da Reforma Sanitária., in Giovanni Berlinguer (org.) Reforma sanitária - Itália e Brasil. São Paulo, Hucitec CEBES, 1988.
- Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *Revista de Administração Pública* 24 (2): 78-99. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, fevereiro/abril, 1990.
- Equidade e Reforma Sanitária: Brasil. *Saúde em Debate*, (43): 44-52. Londrina, junho de 1994.
- TOBAR, Federico. O conceito de descentralização: uso e abusos, in S.M. Vianna (org.) *Planejamento e Políticas Públicas* (5): 31-51, junho de 1991.
- Descentralização e financiamento dos serviços de saúde. Escola Brasileira de Administração Pública. Fundação Getúlio Vargas. Tese de Mestrado, 1995.
- UGÁ, Maria Alicia Domingues. Descentralização e democracia: o outro lado da moeda, in S.M. Vianna (org.) *Planejamento e Políticas Públicas* (5): 87-104, junho de 1991.

- Sistema de repasses financeiros a unidades de assistência à saúde: uma proposta preliminar para a rede pública brasileira, in S. M. Vianna (org.). O financiamento de Saúde no Brasil . *Série Economia e Financiamento* (4): 72-98, Brasília, 1994.
- VAITMAN, Jeni. Corporativismo: notas para a sua aplicação no campo de saúde, in Sonia Fleury Teixeira (org.). Reforma Sanitária. Em busca de uma teoria. São Paulo, Editora Cortez, Rio de Janeiro, ABRASCO, 1989.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Estado e política social no capitalismo: uma abordagem marxista, *Serviço Social-Sociedade*, ano XI (28): 5-32, São Paulo, dezembro de 1988.
- VATTIMO, Gianni. A sociedade transparente, Lisboa, Relógio D'Água, 1992.
- VIEIRA, Paulo Reis. Em busca de uma teoria de descentralização. *Revista de Administração Pública* 1 (2): 45-69. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, julho/dezembro de 1967.
- VIANNA, Solon Magalhães. Equidade nos serviços de Saúde. 1º Seminário Nacional sobre Economia e Financiamento do Setor Saúde, FIOCRUZ, março a novembro de 1989.