



Camila Gonçalves De Mario

Saúde como questão de justiça

CAMPINAS

2013



Universidade Estadual de Campinas
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

Camila Gonçalves De Mario

Saúde como questão de justiça

Prof. Dr. Valeriano Mendes Ferreira Costa (orientador)

Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, para obtenção do Título de Doutora em Ciências Sociais.

A handwritten signature in blue ink is centered on the page. The signature is stylized and appears to be the name of the supervisor, Valeriano Mendes Ferreira Costa.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA
PELA ALUNA CAMILA GONÇALVES DE MARIO, E ORIENTADA PELO PROF.DR.
VALERIANO MENDES FERREIRA COSTA.
CPG, 26/03/2013

CAMPINAS

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
CECÍLIA MARIA JORGE NICOLAU – CRB8/3387 – BIBLIOTECA DO IFCH
UNICAMP

D391s De Mario, Camila, 1979-
Saúde como questão de justiça / Camila Gonçalves De
Mario. - - Campinas, SP : [s. n.], 2013.

Orientador: Valeriano Mendes Ferreira Costa.
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de
Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Política de saúde. 2. Justiça (Filosofia). 3. Igualdade.
4. Liberalismo. 5. Políticas públicas. I. Costa, Valeriano
Mendes Ferreira, 1961- II. Universidade Estadual de
Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.
III. Título.

Informação para Biblioteca Digital

Título em Inglês: Health as matter of justice

Palavras-chave em inglês:

Health policy

Justice (Philosophy)

Equality

Liberalism

Public policy

Área de concentração: Ciências Sociais

Titulação: Doutora em Ciências Sociais

Banca examinadora:

Valeriano Mendes Ferreira Costa [Orientador]

Álvaro de Vita

Bruno Wilhelm Speck

Gastão Wagner de Sousa Campos

Silvia Victoria Gerschman de Leis

Data da defesa: 26-03-2013

Programa de Pós-Graduação: Ciências Sociais



Tese de Doutorado

Camila Gonçalves De Mario

Saúde como questão de justiça

Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do Título de Doutora em Ciências Sociais, sob a orientação do Prof. Dr. Valeriano Mendes Ferreira Costa.

Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida e aprovada pela Comissão Julgadora em 26/03/2013.

Comissão Julgadora:

Titulares:

Prof. Dr. Valeriano Mendes Ferreira Costa (orientador)

Prof. Dr. Bruno Wilhelm Speck

Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos

Prof. Dr. Alvaro de Vita

Prof^a. Dr^a. Silvia Victoria Gerschman de Leis

Suplentes:

Prof^a. Dr^a. Rachel Meneguello

Prof. Dr. Marco Antonio Carvalho Teixeira

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

Campinas
Março de 2013

Para meu filho Yuri, meus pais e meu irmão André,
com amor.

Para Zé Alberto, *in memoriam*,
sempre comigo.

Agradecimentos

Agradeço a todos que colaboraram direta e indiretamente para o desenvolvimento desta tese. Ao meu orientador, Valeriano Costa, acima de tudo por ter estimulado o caminhar pelas teorias da justiça, pelo apoio e confiança depositada neste trabalho. Aos professores Álvaro de Vita e Leonardo Avritzer que colaboram com críticas e sugestões argutas logo do início da caminhada, aos professores Rachel Meneguello e Bruno Speck, que no momento de minha qualificação tiveram contribuição fundamental nos rumos dessa pesquisa.

À Lidi, Arthur, Thiago, Dan e Tati, pela amizade e parceria construída ao longo destes anos de doutoramento.

Aos meus familiares e amigos que acompanharam esta caminhada. Em especial aos meus pais, a meu irmão e a meu filho Yuri, fundamentais nos momentos mais difíceis de minha vida nesses anos de 2011 e 2012.

Ao meu amado Zé Alberto, sempre vivo em nossos corações, por tudo.

Uma sociedade não se sustenta apenas por suas instituições, mas, principalmente, por sua capacidade de gerar expectativas no tempo. O corpo e o tempo estão ligados: uma vida é um corpo no tempo. A dívida é também uma dívida de tempo porque, quando o corpo não recebe aquilo que necessita, o tempo se torna abstrato, inapreensível pela experiência: um corpo que sofre sai do tempo da história, perde a possibilidade de projetar-se adiante, apaga os sinais de suas recordações. Os pobres têm corpos sem tempo. Por isso as mulheres que têm trinta anos, oito filhos e um marido desempregado ou preso parecem tão velhas. Por isso os corpos dos velhos pobres parecem tão aniquilados. Para eles o tempo se esvaiu por completo: nasceram, cresceram e envelheceram no hiato em que um jovem próspero entra na primeira etapa da maturidade. Sem tempo para fazer projetos, sem futuro, os corpos correm riscos impostos pela dívida não-paga: a violência, a ruptura de todos os laços sociais, a selvageria da droga são desafios vistos como se fossem a única afirmação possível da identidade.

Beatriz Sarlo,
Tempo Presente

Resumo

Esta tese realiza uma análise do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro a partir da teoria da justiça como equidade proposta por John Rawls. O ponto de partida da análise que fundamenta a definição da saúde como uma questão de justiça é a concepção rawlsiana de sociedade justa elaborada em **Uma Teoria da Justiça** (2008). Em diálogo com a argumentação e com o debate suscitado pela obra de Rawls, verificamos como a saúde surge como questão através da crítica à teoria rawlsiana elaborada por Amartya Sen e Martha Nussbaum. Ambos os autores, em face da “negligência” de Rawls perante o tema, afirmam que a saúde deve ser entendida como um bem de importância moral fundamental em razão das desigualdades a ela atreladas. Mas é principalmente no trabalho de Norman Daniels, que se constrói em diálogo com o de John Rawls e com o de Amartya Sen, que esta tese se baseia para fundamentar o argumento de que a saúde deve ser tratada como uma questão de justiça e que, apesar de ela não ter sido especificamente tratada pela teoria da justiça de Rawls, uma extensão de sua teoria pode se realizar a partir seus princípios da justiça, em especial do princípio da Igualdade Equitativa de Oportunidades, sem prejuízos para sua formulação. A argumentação desta tese prossegue abordando, ainda sob perspectiva normativa, duas questões fundamentais para a compreensão do SUS a partir da justiça do sistema: a primeira é a democracia e sua relação com a justiça, debate que se faz necessário dadas as características do Estado e da sociedade brasileira e, também, dado o processo de formação e implementação do sistema de saúde brasileiro; a segunda, a análise de políticas públicas baseada no método proposto por Bo Rothstein que, preocupado com a justiça das instituições, volta-se para a substância da política sem desconsiderar seu processo. É sobre esse pano de fundo de normativo, parâmetro a partir do qual é possível definir saúde e pensar uma política de saúde justa, que a análise se volta para o SUS com o intuito de identificar elementos que permitam responder sobre a justiça do sistema. Para a análise do SUS, elencamos alguns pontos/questões fundamentais: sua trajetória e sua definição de saúde, que abarca o papel da noção de Determinantes Sociais da Saúde na formulação da política e enquanto critério de justiça; os princípios definidores do SUS: universalidade, integralidade, igualdade, gratuidade, descentralização e participação popular; por fim, a relação que se estabelece entre o setor privado/suplementar e o público/complementar. Esse caminho foi percorrido com o propósito de identificar as concepções de justiça do sistema que, somadas a um parâmetro normativo de saúde justa, fornecem-nos elementos para responder sobre a justiça dos resultados alcançados pelo SUS.

Abstract

This thesis studies the Brazilian health system, SUS (Sistema Único de Saúde/Unified Health System), through John Rawls' theory of justice as fairness. It's the Rawlsian conception of a just society presented in his book, **Uma Teoria da Justiça** ([A Theory of Justice] 2008), that supports the definition of health as a matter of justice adopted here. Establishing a dialogue with the discussion toward Rawls' works, we verified how health emerges as a central question in Amartya Sen's and Martha Nussbaum's criticisms to Rawls' theory. Both authors state, regarding Rawls' negligence toward the theme, that health is a good with a fundamental moral importance, considering the iniquities related to it. But it's mainly in Norman Daniels' works, done in dialogue with John Rawls' and Amartya Sen's works, that this thesis relies on to state that health is a matter of justice and that an extension of Rawls' theory can be made from his principles of justice, mostly from the principle of fair equality of opportunity. Keeping a normative standpoint, this thesis' argumentation continues to deal with two main questions to the understanding of the Unified Health System justice: the first one is democracy and its relation with justice, a necessary discussion, considering the features of the Brazilian State and its society, as well as the formation and implementation process of the health system; the second is the public policies analysis based on the method proposed by Bo Rothstein, who, concerned with the institutions justice, turned to the policy's substance without neglecting its process. It is over this normative background, parameter through which it's possible to define and think of a just health policy, that the analysis seeks to identify in SUS elements which allows us to answer about the system justice. For its analysis, we chose some fundamental points: its history and its health definition, which embodies the Social Determinants of Health in the policy formulation and as a justice criterion; the principles of SUS: universality, integrality, egalitarianism, gratuitousness, decentralized policy management and public participation; and finally, the relationship between the private/supplementary and the public/complementary sectors. The aim here was to identify the system's conceptions of justice that, combined with a normative parameter of just health, supplies us with arguments to answer about the justice of the results achieved by SUS.

SUMÁRIO

I. Introdução.....	1
Teoria Política e a Análise de Políticas Públicas	1
II - Justiça Social e o Liberalismo Igualitário	11
2. 1 - Instituições e a sequência de quatro estágios	19
2. 2 - Expectativas de vida e os bens primários.....	26
2. 3 - Unidade social e bens primários: a revisão de John Rawls	28
III - Saúde e Justiça Social.....	35
3. 1 - A justiça como equidade e a saúde como um fator de discriminação.....	39
3. 2 - Capacidades – uma alternativa a Rawls?.....	48
IV - O Valor da Saúde	59
4. 1 - Resposta à crítica de Amartya Sen.....	76
4. 2 - Uma análise Rawlsiana das desigualdades em saúde.....	79
4. 3 - Repensando a Análise de Sistemas de Saúde	80
V – Políticas Públicas: Uma Questão de Justiça.....	91
5. 1 - Estado e Cidadão – autonomia e comprometimento	94
5. 2 - A análise de Políticas Públicas	102
5. 3 - Políticas Públicas Democráticas.....	111
VI – O procedimento Democrático e a Justiça Social	123
6. 1 - A Legitimidade Democrática	125
6. 2 - Democracia: um requerimento da Justiça como Equidade.....	128
6. 3 - Imparcialidade, Tolerância e Reciprocidade – conexões entre Justiça e Democracia.....	134
6. 4 - Democracia: um procedimento justo?	139
VII - Os Determinantes Sociais da Saúde: para uma Política de Saúde Justa	145
7. 1 - Saúde e seus Determinantes	145
7. 1. 1 - Urbanização, Industrialização e Ambiente	157
7. 1. 2 - Padrão Demográfico: Estrutura Etária e Fecundidade.....	161
7. 1. 3 - Emprego e Condições de Trabalho.....	165
7. 1. 4 - Alimentação e Nutrição	168
7. 2 - Os DSSs e a Política de Saúde	174
VIII – História, Disputa e Substância – a construção do Direito à Saúde	181
8. 1 - Concepções de Justiça e Projetos Políticos	182
8. 2 - Do Sanitarismo de Campanha ao Sistema Único de Saúde.....	199
8. 3 - Universalidade, Igualdade, Integralidade e Gratuidade	211
8. 3. 1 - Bem-estar como medida de justiça social	222
8. 3. 2 - Bem-estar em Saúde	228
8. 4 - Descentralização e Participação.....	242
8. 5 - Pontos e o nó da questão.....	253
IX - Saúde entre o Público e o Privado	257
9. 1 - O Setor Privado: saúde como mercadoria	259

9. 1. 1 - A moralidade Deontológica e a lógica Neoliberal	263
9. 1. 2 - Mercados e a mercantilização da saúde	273
9. 1. 3 - Apontamentos sobre o setor Privado Suplementar	286
9. 2 - Setor Complementar: o público privatizado	288
X. Considerações Finais	309
Referências Bibliográficas	320
Leis	331

I. Introdução

Teoria Política e a Análise de Políticas Públicas

Este trabalho é motivado pela busca por um caminho que nos leve a uma explicação para a injustiça de nosso sistema público de saúde, ora latente e ora evidente, evidência que se manifesta principalmente aos olhos da justiça social distributiva. O sentimento de injustiça ou sua percepção nos surge, como assinala Ricoeur (2008, p. 05), da indignação provocada pelo testemunho a situações que se fundam, por exemplo, em retribuições desproporcionais, em promessas traídas ou em divisões desiguais. Mas, de acordo com o autor, a indignação em si mesma não é suficiente para o reconhecimento da injustiça, pois é preciso identificar os obstáculos que impedem a conquista de um equilíbrio. A indignação sozinha pode gerar outra violência, para além daquela já existente entre os protagonistas de uma divisão desigual, a violência na forma da vingança de quem busca fazer justiça com as próprias mãos. Como então fazer a distinção entre a vingança e o justo? Como instituí-la?

“Propõe-se uma grande equação, e o justo começa a distinguir-se do não injusto: a equação entre justiça e imparcialidade. Justa distância, mediação por um terceiro e imparcialidade se enunciam como os grandes sinônimos do senso de justiça para cujo caminho a indignação nos conduziu desde a mais tenra idade.” (RICOEUR, 2008, p.06)

O SUS – cujo objetivo central é garantir um direito constitucional e universal do cidadão brasileiro – é, acima de tudo, uma política que carrega em seu cerne uma noção de justiça distributiva, voltada para o combate da desigualdade através de uma justa distribuição de recursos, premissa que até muito recentemente, como coloca Fleischacker (2006), não era percebida como uma questão de justiça pelas pessoas, que tampouco acreditavam que a justiça devesse se ocupar com a exigência de uma distribuição de recursos que satisfizesse as necessidades de todos. É em seu sentido

moderno, como aponta o autor, que a justiça distributiva invoca o Estado como garantidor dessa distribuição. O debate tende a se dar em torno dos recursos a serem garantidos, sua quantidade e sobre o grau de interferência estatal necessário para tal, ou seja:

“Se a quantidade de bens que cada pessoa deve ter é baixa o suficiente, é possível que o mercado possa garantir uma distribuição adequada; se todos devem ter uma ampla proteção ao seu bem-estar, o Estado poderá ter de redistribuir bens para corrigir as imperfeições do mercado; e se o bem que cada pessoa deve ter é uma parcela igual de todos os bens, é provável que a propriedade privada e o mercado tenham de ser inteiramente substituídos por um sistema estatal de distribuição de bens. Portanto, a justiça distributiva é entendida como necessária a qualquer justificação de direitos de propriedade, e de tal forma que pode até mesmo implicar a rejeição da propriedade privada.” (FLEISCHACKER, 2006, p.08)

Por trás desse debate está a ideia de que os recursos não devem ser distribuídos de acordo com o mérito, instaurando a noção de que estes bens devam ser compreendidos como direitos universais cuja garantia indiscriminada de acesso consiste em uma das facetas de uma sociedade justa.

Pensar no SUS confrontando seus princípios – e a noção de justiça distributiva que os fundamentam, levando-se em conta os seus resultados e significados na vida cada um de seus usuários e na sociedade, pode provocar em qualquer pessoa o sentimento de indignação moral. São várias as situações cotidianas que apontam para sua incompletude, suas falhas e tensões para com aqueles que estão direta e/ou indiretamente envolvidos com o sistema.

Para ultrapassarmos os limites da indignação e da justiça por ela suscitada – a justiça afeita à atuação do sistema judiciário descrita por Ricouer – e começarmos a refletir e a questionarmo-nos sobre a justiça de nosso sistema de saúde é preciso identificar e definir suas injustiças. Para isso, porém, pelo menos dois passos

fundamentais são necessários: um é saber definir o que é justo e o outro, justificar porque devemos pensar a saúde como uma questão de justiça. Apesar de este trabalho deter-se sobre a saúde pública, acredito que não somente ela deva ser assim considerada como também os demais bens sociais, políticos e individuais essenciais para a garantia de uma vida que tenhamos razões para desejar viver.

É, portanto, primordial definir o que é uma sociedade justa e o que podemos considerar por uma política de saúde justa, para depois então olhar para o SUS – Sistema Único de Saúde – e apontar suas peculiaridades, conflitos e, finalmente, suas injustiças. Em busca de nossa resposta, concentramos o esforço deste trabalho na construção de um método que nos permita realizar a análise do SUS e de políticas públicas de um modo geral, articulando questões empíricas, no caso de uma política pública de saúde, com considerações normativas acerca da justiça.

Trata-se de realizar a análise da instituição, principalmente de seus princípios morais e de seu impacto sobre a vida das pessoas. Para tal, ao longo deste trabalho, serão definidos princípios, valores normativos que constituem o ponto de partida da análise da instituição SUS e de suas práticas políticas.

O dilema que se coloca aqui é: como definir tais valores? Se estes forem derivados da prática e das normas da instituição, poderemos considerá-los válidos para nossa análise e avaliação quanto a sua justiça? Por outro lado, se estes valores forem derivados de uma teoria normativa distante da prática da instituição, como saber se podemos utilizá-los, se é possível considerá-los válidos para nossa análise?

A definição de tais valores unicamente a partir dos princípios e das normas dados pela prática da instituição provavelmente não nos propiciaria os critérios necessários para respondermos sobre sua justiça. Obviamente, seria útil para que pudéssemos identificar atos que, por contrariarem as normas de uma dada instituição, geram um impacto negativo na vida das pessoas e/ou que se constituem em injustiças. Mas isso, por si só, não é suficiente para respondermos sobre a justiça de determinado arranjo, de determinada instituição ou sociedade. Um arranjo que é bom para muitos pode ser

extremamente injusto para outros. Da mesma forma, o fato de acordos, normas ou princípios não serem questionados pelas pessoas não prova necessariamente sua justiça.

Nesse sentido, valores externos à prática política da instituição são úteis como base de comparação e avaliação: a partir destes pode ser possível identificar erros ou situações problemas que simplesmente não eram percebidos ou questionados como questão de justiça.

A ciência política, desde a assunção do behaviorismo como um método de investigação mais acurado, assumiu uma postura empiricista e positiva que tem negligenciado as questões de ordem normativa e valorativa em suas análises. A pesquisa sobre políticas públicas na ciência política brasileira é fortemente influenciada pela tradicional abordagem da “policy analysis”, cujo principal interesse é a empiria e a prática política. Embora a “policy analysis” tenha sido revista em razão das críticas que apontavam para a sua falta de teorização e mesmo com o atual predomínio das análises “neoinstitucionalistas” e das “análises de estilos políticos”, o que temos ainda é um predomínio de trabalhos descritivos cuja ênfase recai sobre a análise das estruturas e instituições e/ou dos processos decisórios de políticas setoriais específicas, criando uma lacuna no que se refere à análise dos processos de implementação e de avaliação das políticas, por exemplo. (FREY, 2000; FARIA, 2005)

Esse movimento se deu em detrimento de análises valorativas e do fato de que os valores normativos estão presentes na ordem e na prática das instituições. Porém, é justamente na filosofia (teoria) política negada por essa postura empiricista que nós formulamos e encontramos um ideal que guia, orienta nossa prática política e nos fornece os valores que constituem nosso parâmetro de análise, parâmetro que, claro, somente será útil se ele tiver correspondência com a realidade.

Ter correspondência com a realidade talvez não se coloque como um problema em si: toda teoria política a tem, na medida em que ela se constitui uma atividade de elaboração simbólica e de invenção de formas de vida social e que, para tal, toma como

referência o próprio mundo sobre o qual discorre. Como coloca Berlin (2002), “pensar é generalizar e generalizar é comparar”. Portanto, ao pensar um fenômeno, o fazemos a partir de suas semelhanças ou de suas diferenças com outros e vamos além, aceitando ou refutando o fenômeno ou o modelo estudado e, no último caso formulando um ideal novo capaz de modificar aquilo que não é passível de nossa concordância. Entramos então no mundo do “o que deveria ser”.

O questionamento e a formulação filosófica têm como ponto de partida o conflito, o dissenso em relação ao significado do agir humano, bem como o entendimento dos conceitos que o justificam. Seu objetivo é desvelar o que orienta nossa ação e então analisá-lo:

“O primeiro passo para a compreensão dos homens é trazer à consciência o modelo ou modelos que dominam e impregnam seu pensamento e sua ação. Como todas as tentativas de tornar os homens conscientes das categorias que pensam, essa é uma atividade difícil e às vezes dolorosa, propensa a produzir resultados profundamente inquietantes. A segunda tarefa é analisar o próprio modelo, e isso obriga o analista a aceitá-lo, modificá-lo ou rejeitá-lo, e, no último caso, providenciar um modelo mais adequado em seu lugar”. (BERLIN, 2002, pg. 117)

Como compreender a saúde? O que é uma pessoa saudável? As respostas a essas questões são extremamente controversas. Em sua busca, encontraremos, com toda certeza, não somente definições diferentes como até mesmo divergentes. Entretanto, respondê-las se faz necessário para a definição de um sistema ou de uma política de saúde. Desta dependerá todo o desenho do sistema e mais: ela está apoiada no ideal de pessoa, de cidadão, de sociedade que o grupo que a discute já possui ou que deseja construir. É a partir desse ideal, normativo por excelência, que será construído outro ideal também normativo para uma questão que, à primeira vista, explica-se por fatos empíricos sujeitos à prova, como, por exemplo, a comparação entre um organismo doente e um organismo livre de qualquer doença. Entretanto, a verdade

é que a resposta não é tão simples assim: doenças podem ser definidas de forma diferenciada entre as culturas, de modo que o que pode ser uma doença para uma cultura pode não o ser para a outra. Além disso, nossa percepção de um corpo/organismo doente também varia ao longo do tempo em uma mesma cultura.

Berlin (2002) lembra-nos que Hegel, com grande brilho – em suas palavras – mostrou-nos que a história do pensamento e da cultura “é um padrão mutável de grandes ideias libertadoras que inevitavelmente se tornam camisas de força sufocantes, estimulando assim sua própria destruição por novas concepções emancipadoras e ao mesmo tempo escravizadoras.” (BERLIN, 2002, p. 116 -117)

John Rawls, cuja teoria da justiça será o ponto de partida da análise do SUS que se seguirá, afirma que é justamente porque os princípios de uma cultura política democrática são contraditórios que eles devem ser organizados com base em conceitos morais fundamentais abstratos. O autor coloca ainda que recorreremos à filosofia política sempre que nossos significados políticos compartilhados sucumbem e/ou quando estamos dilacerados dentro de nós mesmos. A importância da abstração, da formulação de uma sociedade idealizada está em nos ajudar a organizar e a formular nossas convicções de justiça em todos os níveis de generalidade, do mais geral ao mais particular. É preciso reconhecer que, quanto mais profundo for o conflito, mais abstrata será a discussão para alcançarmos uma clara e organizada visão de suas raízes. (RAWLS, 2005, p. 44)

Em **Uma teoria da justiça** (2008), Rawls esclarece, sobre sua teoria em si, que, do ponto de vista da teoria moral, a melhor análise do senso de justiça de alguém é aquela feita a partir do equilíbrio reflexivo, pois, para tal, “são apresentados à pessoa todas as descrições possíveis às quais seja plausível adaptar seus próprios juízos, juntamente com todos os argumentos filosóficos correspondentes a tais descrições.” (RAWLS, 2008, p. 59). Segundo Rawls, esse exercício pode ou não alterar radicalmente o senso de justiça de uma pessoa, mas o que importa é que a pessoa estude diferentes concepções de justiça através da filosofia moral e que as leve em

conta para sua definição de justiça que está inicialmente dada por seus juízos ponderados baseados em sua vivência social e em sua capacidade de formular seu senso de justiça.

É o exercício do equilíbrio reflexivo que Rawls busca também para a formulação de sua teoria da justiça, afirmando: “Devemos encarar a teoria da justiça como uma estrutura orientadora criada para concentrar nossas sensibilidades morais e expor questões mais limitadas e tratáveis ao julgamento de nossas capacidades intuitivas.” (RAWLS, 2008, p. 63).

Em suma, a teoria política não tem a pretensão de definir padrões de convívio e leis morais irrefutáveis, por serem a mais perfeita expressão da verdade, que devem ser assumidos pelas sociedades a qualquer preço. Pelo contrário, ela nos fornece elementos que nos são úteis para o questionamento de nossas crenças e valores. Diferente não poderia ser com a justiça: é preciso saber identificar quais são os valores centrais de nossa sociedade e de suas instituições, para então confrontá-los com os ideais de uma sociedade justa, sejam eles próximos ou distantes dos nossos, para que possamos compreendê-los, reafirmá-los ou modificá-los.

Álvaro de Vita, na introdução ao seu mais recente livro, **O liberalismo igualitário** (2008), coloca que, enquanto teórico político, seu objetivo é fornecer uma perspectiva normativa capaz de examinar teoricamente aquilo que vemos como injustiças patentes e contribuir para esclarecer a natureza da justiça na sociedade, pois sua premissa é a de que as questões políticas do mundo contemporâneo têm um interesse cognitivo. Em seguida, sobre a diferenciação entre a ideologia e teoria política, afirma:

“ao passo que a ideologia está mergulhada na luta política e está voltada para o recrutamento de adeptos para uma causa, a atividade da teoria política normativa consiste em oferecer razões – aquilo que denominamos uma justificação – para os julgamentos que fazemos sobre nossos comprometimentos normativos na política. Podemos oferecer razões para mostrar uma certa configuração de valores políticos como mais aceitável ou razoável do que outras possíveis e, nesse caso,

a discussão teórica vai girar em torno da qualidade dessa justificação.”
(VITA, 2008, p.03)

Portanto, ao nos perguntarmos sobre o que deve ou deveria ser, a questão está no grau de correspondência entre teoria e realidade – ou seja, entre o universal (definição de valores ou leis válidas universalmente) e o contexto, para usar os termos de Rainer Forst (2010). Trata-se de identificar quais são os pontos de intersecção e/ou distanciamento entre esses dois campos e de determinar o que é razoável e realizável na vida prática.

As análises do SUS, a exemplo das demais pesquisas sobre políticas públicas na ciência política, têm se focado em questões essencialmente empíricas, geralmente acerca da efetividade de um determinado serviço ou prática de atendimento oferecido para um público específico do sistema. Existem também estudos mais abrangentes que se questionam sobre os princípios do sistema, dedicados a sua análise legal e de sua trajetória histórico-política. A dualidade entre o público e o privado; a escassez dos recursos públicos somada à má (ou boa) gestão do sistema; os limites do estado perante o mercado enquanto administrador de serviços de saúde; a judicialização do direito à saúde, o uso da tecnologia e o saber médico; os conselhos locais, setoriais e deliberativos e a participação da sociedade civil nestes; essas questões – e muitas outras que não cabe enumerar aqui – há muito vêm sendo debatidas pelas pesquisas sobre o SUS nas diferentes áreas de conhecimento.

Esses recortes levam-nos a indagações que apontam, ao mesmo tempo, para as imperfeições do sistema e para seus sucessos. Suas respostas são procuradas tomando como referência central suas próprias normas e sua prática, o que não é suficiente para que possamos responder sobre sua justiça, como argumentei no início.

Para pensar na justiça de uma política pública, é preciso olhar para além da política: é imprescindível entender a sociedade, seus valores e o que se espera dessa política. Para tal, é preciso ter um ideal que justifique e que sirva de parâmetro para sua compreensão, razões que nos são fornecidas pela teoria política. O ponto de partida

para a definição de uma sociedade justa será a teoria da justiça de John Rawls e o debate por ela suscitado. Será também a partir do debate sobre a justiça rawlsiana que definirei o que é saúde e discutirei porque ela deve ser pensada como questão de justiça. Com referência a essa argumentação, é possível pensar um sistema de saúde justo e, a partir dele, a justiça de nossa política pública de saúde.

II - Justiça Social e o Liberalismo Igualitário

Como definir o que é justo? Como a justiça deve ser pensada? Sugiro retomar nosso ponto de partida, a indignação, e responder à pergunta: o que nos indigna?

Podemos nos indignar com uma ação isolada, cometida por alguém que tenha causado a outrem uma situação que definiríamos como ruim, portanto, injusta. Aqui, nossa concepção de justiça relaciona-se com o bem, é subordinada ao bem. O justo está por descobrir-se na ação que tem o outro como alvo. Esta noção aproxima-se da concepção Aristotélica de mundo, do querer viver bem, em que o bem é algo que deve ser praticado pelos indivíduos como uma virtude particular. A moral utilitarista é um exemplo de uma concepção de orientação claramente teleológica, pois define justiça como a maximização do bem para a maioria.

Podemos também, por outro lado, dizer que é justo que as nossas obrigações legais, que os nossos deveres sejam atendidos. Então, passamos do ponto de vista teleológico (do bem) para o deontológico, que se refere ao predicado obrigatório. Ao invés do bom, este é o nível da norma, do dever, da proibição. Ricoeur (2008) ressalta que se trata da transição do querer para o imperativo, do desejo para a proibição. Na abordagem deontológica remontamos à noção kantiana de justiça¹, que considera cada homem como um fim em si e não como um meio que pode ser sacrificado em nome do bem da maioria. O autor ressalta que “para Kant, lei é aquela que a própria liberdade se imporia, se subtraída à inclinação dos desejos e do prazer”. (RICOEUR, 2008, p.67)

Mas, ainda aqui, estamos falando do justo no âmbito do indivíduo. Foi John Rawls quem trouxe ao debate, dando um passo além de Kant, a dimensão institucional da justiça através da noção de justo como equidade (*fairness*), justiça que é central para a

¹ Ver Vita (2008, p. 21-60), no capítulo “Progresso moral”, para uma discussão sobre a moral deontológica em que o autor coloca que, muitas vezes, considera-se a ética deontológica excessivamente exigente e que é comum entendê-la como manifestação do rigor moral kantiano, o que pode ser considerado verdade somente parcialmente.

cooperação social e que faz referência à estrutura básica da sociedade. Rawls assinala, no início de **Uma teoria da justiça**, que

“a justiça é a primeira virtude das instituições sociais (...) cada pessoa possui uma inviolabilidade fundada na justiça que nem o bem-estar de toda a sociedade não pode desconsiderar. Por isso, a justiça nega que a perda de liberdade de alguns se justifique por um bem maior desfrutado por outros. Não permite que os sacrifícios impostos a poucos sejam contrabalanceados pelo número maior de vantagens de que desfrutam muitos. Por conseguinte, na sociedade justa as liberdades da cidadania igual são consideradas irrevogáveis; os direitos garantidos pela justiça não estão sujeitos a negociações políticas nem ao cálculo de interesses pessoais.” (RAWLS, 2008, p.04)

Para Rawls, uma sociedade justa deve ter como valor intrínseco a igualdade dos seres humanos. São as instituições básicas da sociedade que devem oferecer o suporte necessário – direitos, oportunidades, liberdades e recursos sociais – para que cada um possa desenvolver a vida de acordo com suas próprias convicções morais, fazendo dela algo valioso. A sociedade deve permitir, portanto, que cada pessoa desenvolva respeito por si própria, como veremos, o bem mais importante quando se trata de assegurar um status de igualdade.

Com Rawls, temos então, segundo Ricoeur (2008), três diferentes concepções de justiça: uma primeira no plano teleológico do querer viver bem, em que o justo é o aspecto do bem relativo ao outro; a segunda, no deontológico, da obrigação, em que ele se identifica com o legal; e a terceira, no plano da sabedoria prática, em que se exerce o julgamento do que é equitativo.

É preciso, de início, ressaltar que a teoria da justiça de John Rawls é uma abordagem contratualista, tradição que tem como “cerne a noção de que a constituição política e as leis só são justas quando podem ser acordadas por pessoas racionais e

livres, com direitos iguais e com igual autoridade política.”(FREEMAN, 2006, p. 3)².

Considerando a obra de Rawls como um todo, podemos, resumidamente, afirmar que, para ele, a sociedade é compreendida como um sistema equitativo de cooperação que, embora vise ao benefício mútuo, é marcada, ao mesmo tempo, pelo conflito e por uma identidade de interesses. Dessa forma, sua unidade baseia-se na aceitação, por parte dos cidadãos, de uma concepção política da justiça que faz uso de ideias do bem, consideradas razoáveis (ou seja, compatíveis com essa concepção política da justiça) e que compartilham a mesma concepção de pessoa, o que garante que os princípios da justiça sejam aplicados, além de assegurar a estabilidade social³.

Trata-se de uma concepção de justiça que tem o intuito de oferecer não só uma interpretação dos valores políticos fundamentais – igualdade, liberdade e fraternidade – como também, uma forma de arbitrar as exigências conflitantes que esses valores podem fazer às instituições básicas da sociedade.

“A sociedade é bem ordenada não somente quando foi planejada para promover o bem de seus membros, mas também quando é realmente regulada por uma concepção pública da justiça. Ou seja, é uma sociedade na qual (1) todos aceitam e sabem que os outros aceitam os mesmos princípios de justiça; e (2) as instituições sociais fundamentais geralmente atendem, e em geral se sabe que atendem, a esses princípios.” (RAWLS, 2008, p.05)

A justiça como equidade constitui, segundo Rawls, uma base moral para as sociedades democráticas, democracia que deve ser aqui entendida como um sistema

²Tradução minha, texto original: “This tradition's main idea is that the political constitution and the laws are just when they could be agreed to by free rational persons from a position of equal right and equal political jurisdiction.” (FREEMAN, 2006, p.03)

³ Observo que a noção de estabilidade não é consensual, e que foi revista por Rawls em *Liberalismo Político*, texto no qual Rawls reconhece que o pluralismo doutrinário faz da ideia de uma sociedade bem ordenada e estável irreal, Rawls, assinala: “The fact of a plurality of reasonable but incompatible comprehensive doctrines – the fact of reasonable pluralism – shows that as used in *Theory*, the idea of a well ordered society of justice as fairness is unrealistic. This is because it is inconsistent with realizing its own principles in foreseeable conditions.” (RAWLS, 2005, p. xvii)

que tem como princípio central a *igualdade humana fundamental* de seus cidadãos.

“A justiça como equidade é, então, “para sociedades democráticas”, primeiro porque ela atribui a indivíduos iguais direitos de participação e, portanto, requer um regime democrático como uma questão de justiça básica. Segundo, porque ela destina-se a uma sociedade de iguais e o conteúdo de seus direitos é formado a partir do entendimento público. Finalmente, pretende orientar a razão política e os julgamentos dos membros de uma sociedade democrática no exercício de seus direitos políticos”. (COHEN, 2006, p.87)⁴

Devemos lembrar que a noção de igualdade fundamental entre os seres humanos também está presente em outras teorias da justiça, bem como no próprio utilitarismo. Por isso, Rawls se empenha em extrair uma concepção mais específica de justiça. Neste ponto, é importante o argumento da *arbitrariedade moral*, essencial para a noção de igualdade fundamental em Rawls, segundo o qual uma sociedade justa não pode permitir que as perspectivas de vida de seus membros sejam definidas pelo acaso social ou genético. Ou seja, “não é justo que, em uma sociedade democrática, as pessoas sofram os efeitos de fatores que respondem pela produção de desigualdades socioeconômicas e que estão fora do seu próprio controle.” (VITA, 2008, p. XXII).

Na sociedade, definida por Rawls (2008) como um *sistema equitativo de cooperação social*, o que está em jogo é a instauração de uma reciprocidade entre os indivíduos. Nesse esquema de cooperação, a prioridade é do justo.

Para tal, o objeto principal da justiça como equidade é a *estrutura básica da sociedade*. Assim, seus *princípios* se aplicam às instituições que a constituem, mais precisamente, ao modo como estas “distribuem os direitos e os deveres fundamentais e determinam a divisão das vantagens decorrentes da cooperação social”. (RAWLS,

⁴ Tradução minha, texto original: “Justice as fairness is 'for a democratic society', then, first because it assigns to individuals an equal right to participate and thus requires a democratic regime as a matter of basic justice. Second, it is addressed to a society of equals, and the content of its principles are shaped by public understanding. Finally, it is intended to guide the political reasoning and judgment of the members of a democratic society in their exercise of their political rights.” (COHEN, 2006, p.87)

2008, p.08). Quanto aos indivíduos, estes agirão de maneira justa desde que seus atos estejam em conformidade com as exigências destas instituições.

Os princípios de justiça são acordados pelas partes na *posição original*, situação hipotética na qual membros da sociedade decidem, sob o *véu da ignorância*, os princípios que regularão a estrutura básica. Estar sob o véu da ignorância significa que os cidadãos que participam da formulação desses princípios não possuem informações nem sobre suas condições sociais, nem sobre a de outros, o que também garante que determinadas concepções individuais do bem não tenham influência sobre a escolha dos princípios.

Neste ponto, é interessante notar que Rawls retém de Kant a distinção entre o imperativo hipotético e o imperativo categórico, que é análoga à distinção que Rawls faz entre racional e razoável. No procedimento do imperativo categórico, Kant submete as máximas racionais de um agente às restrições razoáveis contidas no procedimento. Da mesma maneira, na posição original, *condições razoáveis são impostas aos indivíduos, cerceando-os*:

“no esforço de alcançar um acordo racional sobre os princípios de justiça em que cada qual procura defender o bem daqueles que representa. Em cada caso, o razoável tem prioridade sobre o racional e o subordina inteiramente. Essa prioridade expressa a prioridade do justo; é por causa disso que a justiça como equidade se assemelha à visão de Kant.” (RAWLS, 2003, p.115)

Ressalta Ricoeur (2008) que, com isso, Rawls retém de Kant a ideia de que o justo tem que ser construído, o que não significa que, devido à essa prioridade, o bem esteja excluído da equação. É da distribuição de bens primários pela estrutura básica da sociedade que a ideia de bem está excluída, o que faz com que o justo seja construído através do procedimento de distribuição.

É também intuito do véu da ignorância garantir a igualdade humana fundamental, assegurando, de acordo com o argumento da arbitrariedade moral, que ninguém seja

favorecido ou desfavorecido por circunstâncias naturais, pelo acaso ou por circunstâncias sociais através da escolha dos princípios de justiça.

Os princípios, tal como formulados em **Uma teoria de justiça** (2008), são dois:

- “1 – cada pessoa deve ter um direito igual ao sistema mais extenso de iguais liberdades fundamentais que seja compatível com um sistema similar de liberdades para as outras pessoas;
- 2 – as desigualdades sociais e econômicas devem estar dispostas de tal modo que tanto (a) se possa razoavelmente esperar que se estabeleçam em benefício de todos como (b) estejam vinculadas a cargos e posições acessíveis a todos.” (RAWLS, 2008, p.73)

A justificação da concepção de justiça dada por estes dois princípios articula-se em torno de três componentes fundamentais: ao primeiro princípio, conjuga-se o componente das liberdades e direitos fundamentais; ao segundo, conjugam-se o de igualdade equitativa de oportunidades e o do princípio de diferença ou critério *maximin* de justiça social, para o qual somente deve-se admitir a desigualdade econômica que favorecer ao terço mais pobre da sociedade. (Vita, 2008b, p. XXIII)

Esses princípios seguem uma ordenação serial léxica, o que significa que há uma complementariedade circular entre um direito e outro. A ideia de ordenação léxica, como assinala Ricoeur (2008), confere a cada constituinte da ordem um peso, evitando, dessa forma, que se tornem mutuamente substituíveis. Assim, um bem não substitui o outro, ou seja, um não pode ser preterido em favorecimento ou para o exercício de outro.

Dessa forma, o primeiro princípio tem prioridade sobre o segundo – as liberdades fundamentais protegidas pelo primeiro princípio não podem ser violadas em favorecimento, justificadas ou compensadas por maiores vantagens sociais e econômicas – e a parte (b) do segundo princípio tem prioridade sobre a parte (a), garantindo que condições de igualdade equitativa de oportunidades sejam asseguradas a todos.

A ordenação léxica ocorre porque o compromisso de busca de igualdade socioeconômica não deve se dar em detrimento das liberdades e dos direitos protegidos pelo primeiro princípio. Rawls afirma em **Political liberalism** (2005) que esse primeiro princípio só pode ser precedido por outro que prescreva a satisfação das necessidades básicas dos cidadãos, desde que tais necessidades sejam essenciais para que os cidadãos entendam e exerçam seus direitos e liberdades.

O Princípio da Diferença exprime um acordo entre os mais talentosos e aqueles cujas capacidades apenas permitem exercer tarefas menos gratificantes e mal remuneradas. Por meio desse princípio, os menos talentosos devem encontrar meios de desenvolver tanto o próprio senso de justiça quanto um sentimento de respeito por si próprios. Esse acordo é denominado por Rawls como a política da fraternidade.

Acerca do princípio de igualdade equitativa de oportunidades, Rawls argumenta, em **Uma teoria de justiça** (2008), que este requer que os cargos estejam abertos a todos em condições equitativas. Se não estiverem, aqueles que forem prejudicados poderão então sentir-se injustiçados, o que não deve ser entendido, simplesmente, como a ideia de que carreiras devam abertas ao talento.

Pensar a sociedade em termos de cooperação significa que, nela, os homens agem para produzir um total maior de benefícios e atribuem a cada um direitos a uma parte dos ganhos. Por isso, as parcelas distributivas devem ser tratadas como uma questão de justiça procedimental pura, segundo a qual é o procedimento correto ou justo que leva a um resultado correto ou justo.

Para aplicar a ideia de uma justiça procedimental pura às parcelas distributivas, é necessário estabelecer e administrar de maneira imparcial um sistema justo de instituições. É só contra o pano de fundo de uma estrutura básica justa, que conta com uma constituição política justa e uma organização justa das instituições sociais e econômicas, que podemos afirmar que existe o necessário procedimento justo. (RAWLS, 2008, p.105)

É função do princípio de igualdade equitativa de oportunidades garantir que o sistema de cooperação consista em justiça procedimental pura. Nesta justiça procedimental pura já não é mais necessário levar em conta nem a infinidade de circunstâncias, tampouco as posições relativas mutáveis de pessoas específicas: é o arranjo institucional da estrutura básica que se deve julgar.

Assim, as distribuições de vantagens não são julgadas em primeira instância, confrontando-se os benefícios disponíveis com as necessidades e desejos de determinados indivíduos, pois a distribuição faz-se de acordo com o sistema público de normas que define o que, quanto e por quais meios produzir,

“Também define as exigências legítimas que, quando cumpridas, produzem a distribuição resultante. Assim, nesse tipo de justiça procedimental, a precisão da distribuição se fundamenta na justiça do sistema de cooperação do qual provém e no atendimento às reivindicações dos indivíduos nela engajados.”(RAWLS, 2008, p.106).

Tanto o princípio de igualdade equitativa de oportunidades (IEO) quanto o de diferença têm como objeto a estrutura básica, porque ela favorece certos pontos de partida – em sociedade, para determinados indivíduos – em detrimento de outros na divisão dos benefícios da cooperação social, gerando desigualdades que têm consequências profundas e que estão presentes na vida dos indivíduos desde o nascimento. São essas desigualdades que os dois princípios devem regular, já que seu objetivo é atenuar a arbitrariedade do acaso natural e da sorte social.

Neste ponto, é relevante observar que o princípio de diferença cumpre papel importante na justiça como equidade, porque contém tanto um princípio de reparação, segundo o qual tanto as igualdades como as desigualdades imerecidas devem ser reparadas, quanto uma concepção de reciprocidade, pois as arbitrariedades naturais e sociais só devem ser admitidas quando resultarem em benefício comum.

Rawls ressalta que “a distribuição natural não é justa nem injusta, justo ou injusto é como as instituições lidam com elas”. (RAWLS, 2008, p.122) Por isso, o princípio de

diferença se refere às instituições. Isso não quer dizer que os mais afortunados não têm direito a seus talentos naturais e a tudo que venham a conquistar a partir deles – esse direito está garantido pelo primeiro princípio, o das liberdades fundamentais. A questão é garantir que os mais favorecidos tenham direito a tudo o que “possam obter em conformidade com as normas de um sistema de equitativo de cooperação social (...)” Para Rawls, “(...) o problema é saber como esse esquema, a estrutura básica da sociedade, deve ser concebido.” (RAWLS, 2008, p.124)

A estrutura básica tem influência decisiva sobre realização das expectativas de vida dos cidadãos, sobre as oportunidades que se abrem para cada um, bem como sobre nossa capacidade de tirar proveito delas. O objetivo da estrutura básica é controlar e minorar as desigualdades provenientes das diferenças de “ponto de partida” entre os cidadãos, desigualdades econômicas e sociais que, por mínimas que sejam, incidem sobre as oportunidades e sobre as capacidades de realização ao longo das vidas dos cidadãos, com um efeito cumulativo. (RAWLS, 2008)

Como visto anteriormente, as arbitrariedades que a teoria de Rawls busca minimizar são aquelas desigualdades oriundas de diferenças de classe de origem, de talentos naturais e da sorte de cada um ao longo da vida. Para o autor, mesmo em uma sociedade bem ordenada, nossas perspectivas de vida são afetadas por tais contingências e, também, pelo modo como a estrutura básica da sociedade faz uso delas para cumprir certas metas sociais. Rawls (2008) afirma que mencionar a existência de tais contingências pode não ser suficiente para afirmar que a estrutura básica deva ser o objeto principal da justiça política, mas está claro que esse argumento depende da coerência da justiça como equidade. Entretanto, ignorar tais desigualdades e deixar que elas se manifestem sem regulamentações que preservem a justiça de fundo significa que a ideia de sociedade como um sistema equitativo de cooperação entre cidadãos livres e iguais não está sendo levada a sério.

2. 1 - Instituições e a sequência de quatro estágios

Rawls (2008) ressalta que não devemos confundir os princípios de justiça que se aplicam às instituições com aqueles que se referem aos indivíduos. A instituição é um sistema público de normas que define cargos e funções, além dos deveres e direitos a eles associados, como, por exemplo, jogos e ritos, julgamentos e parlamentos, mercados e sistemas de propriedades.

Podemos pensar as instituições de duas maneiras, uma abstrata, como uma forma possível de conduta expressa por um sistema de normas, e outra, como a efetivação dos atos especificados nessas leis, no pensamento e na conduta de determinadas pessoas. A esse respeito, Rawls coloca que existe uma ambiguidade no que se refere a decidir sobre a justiça ou injusta das instituições: seria justa a instituição realizada ou a idealizada enquanto objeto abstrato? Ele responde: “Parece melhor dizer que é a instituição realizada ou administrada com eficácia e imparcialidade que é justa ou injusta. A instituição, como um objeto abstrato, é justa ou injusta no sentido de que qualquer efetivação dela seria justa ou injusta.” (RAWLS, 2008, p.66).

A existência de uma instituição depende da realização de seus atos segundo um entendimento público de que se deve obedecer ao sistema de normas que a define. Afirmar que a instituição, e que, portanto, a estrutura básica da sociedade, é um sistema de normas público significa que dizer que todos envolvidos nela sabem o que saberiam se tais normas e a participação dessas pessoas nas atividades que essas normas definem fossem resultantes de um acordo. A divulgação das normas garante que os envolvidos possam conhecer seus limites e as limitações de conduta que podem esperar uns dos outros. Existe um fundamento comum para a definição das expectativas mútuas. A essa ideia, Rawls acrescenta: “ademais, em uma sociedade bem-ordenada, que é regulada de forma eficaz por uma concepção compartilhada de justiça, também há um entendimento público no tocante ao que é justo e ao que é injusto.” (RAWLS, 2008, p.68)

O autor diferencia as normas constitutivas da instituição, que definem seus direitos

e deveres, das estratégias e máximas de conduta que objetivam tirar melhor proveito da instituição. Estas últimas são oriundas da análise que os indivíduos e grupos fazem dos atos que serão permitidos segundo uma série de interesses em jogo. Elas não fazem parte da instituição, mas sim pertencem à sua teoria – cujos pressupostos aceitos estão em suas normas constitutivas, que analisa como o poder é distribuído e como os envolvidos nela provavelmente aproveitariam suas oportunidades. “Ao elaborar e reformar organizações sociais, é preciso, naturalmente, examinar os sistemas e táticas que permitem e as formas de comportamento que tendem a incentivar. O ideal é que as pessoas sejam levadas a agir de modo que promovam fins sociais desejáveis.” (RAWLS, 2008, p.68)

Podemos, também, distinguir uma única norma ou grupo de normas de uma determinada instituição, a estrutura básica de todo o sistema social. O motivo é que uma ou mais normas de um arranjo social podem ser justas sem que a instituição o seja e vice-versa. O sistema também pode ser injusto sem que nenhuma de suas instituições o seja em separado, sendo a injustiça consequência do modo como elas são combinadas. Além disso, há instituições às quais o conceito de justiça não se aplica, tais como o rito.

Em **Justiça como equidade** (2003), Rawls esclarece que os princípios que regulam a estrutura não se aplicam diretamente à prática das organizações e associações da sociedade: estas estão, sim, sujeitas aos princípios da justiça, mas são exigências que provêm indiretamente das instituições de fundo, dentro das quais essas organizações e associações existem. Dessa forma, as igrejas podem excomungar um membro herege, mas não podem queimá-lo, pois estariam violando os princípios da justiça de fundo.

“Embora os princípios da justiça como equidade imponham limites a esses arranjos sociais da estrutura básica, a estrutura básica e as associações e formas sociais que nela existem são governadas, cada qual, por princípios distintos devido a seus objetivos e propósitos

diferentes e sua peculiar natureza e exigências singulares.” (RAWLS, 2003, p.15)

Freeman (2007, p.201) ressalta que Rawls reconhece, em **Uma teoria de justiça (2008)**, que há certo grau de indeterminação em seus princípios da justiça e nas instituições que cada um deles requer. Por isso, em alguns casos, será necessário um conjunto de instituições (ao invés de apenas uma) para que os princípios da justiça sejam aplicados e suas exigências satisfeitas. Freeman (2007, p.201) afirma, ainda, que Rawls busca fornecer um “processo de decisão razoável”, que sustente a aplicação dos princípios da justiça às instituições, o que é feito a partir de uma extensão da ideia básica da posição original em uma série de procedimentos deliberativos hipotéticos, a sequência de quatro estágios. Neles, acordos racionais são submetidos a restrições razoáveis, tal como na posição original. Esses estágios concernem a aplicação dos princípios da justiça nos níveis constitucional, legislativo e judiciário.

“Existem, pelo menos, três formas de julgamento que precisam ser feitos antes que os princípios da justiça possam ser aplicados para influenciar ou direcionar a ação individual. Primeiro, uma constituição justa com procedimentos para elaborar e aplicar leis precisa ser elaborada. Segundo, leis e políticas sociais que satisfaçam os procedimentos constitucionais precisam ser justamente legisladas. Terceiro, leis precisam ser justamente interpretadas e executadas, bem como aplicadas a circunstâncias particulares e a ações individuais, ações que são tarefas do judiciário, do executivo, e dos próprios cidadãos.” (FREEMAN, 2007, p.202)⁵

Os quatro estágios mencionados na página anterior são: (1) a posição original, (2) o estágio constitucional, (3) o estágio legislativo e (4) o estágio da aplicação das

⁵ Tradução minha, original em inglês: “There are at least three kinds of judgments that need to be made before the principles of justice can be applied to influence or direct individuals' actions. First, a just constitution with procedures making and applying laws must be put into place. Second, laws and social policies satisfying constitutional procedures must be justly legislated. Third, laws must be justly interpreted and executed, and applied to particular circumstances and individual actions, which are tasks for the judiciary, the executive, and for citizens themselves.” (FREEMAN, 2007, p.202)

normas. Como cada estágio trata de diferentes tipos de questões de justiça social, o véu da ignorância – exigência fundamental na posição original – é parcialmente retirado no decorrer de cada estágio, permitindo que as partes tenham, em cada um deles, acesso às informações requeridas pelas decisões que devem ser tomadas.

A sequência de quatro estágios é um método de aplicação dos princípios da justiça, “é um esquema que faz parte da teoria da justiça como equidade, e não de uma explanação de como as convenções constitucionais e as legislaturas procedem na prática” (Rawls, 2008, p.246). Freeman (2007) assinala que, em um mundo ideal, esse seria o procedimento a respeito do qual nossos representantes refletiriam e até mesmo adotariam, mas que, pensando no mundo real, seria demais exigirmos essa postura de nossos representantes. Dessa maneira,

“A sequência de quatro estágios é uma espécie de inquérito hipotético, através do qual eu e você podemos refletir sobre o agora, individualmente ou em conjunto, para julgar e avaliar a justiça das constituições, das leis e das decisões judiciais existentes. É uma forma de descobrir até que ponto nossas constituições e leis são compatíveis com os princípios da justiça e fornece uma base para justificação, argumentação e crítica em uma sociedade democrática.” (FREEMAN, 2007, p. 203)⁶

Rawls argumenta que a justiça como equidade precisa lidar com, pelo menos, três tipos de questões, que são os três tipos de juízo que os cidadãos devem emitir: primeiro, o cidadão deve julgar a justiça das legislações e políticas sociais; segundo, considerando a diferença e divergência de opiniões, deve decidir quais ordenações constitucionais são justas para conciliar as opiniões conflitantes acerca da justiça e, terceiro, averiguar quando as leis da maioria devem ser acatadas e quando podem ser

⁶ Tradução minha, texto original: “The four-stage sequence is a kind of hypothetical inquiry which you and I can reflect on now, individually or jointly, to judge and assess the justice of existing constitutions, laws, and judicial decisions. It is a way of discovering the degree to which our existing constitution and laws are compatible with the principles of justice, and provides a basis for justification, argument, and criticism in a democratic society.” (FREEMAN, 2007, p.203)

rejeitadas. “Em resumo, deve estar apto a definir os fundamentos e os limites das obrigações e dos deveres políticos.” (Rawls, 2008, p.240).

As partes retornam da posição original para suas posições em sociedade e julgam suas reivindicações por intermédio dos princípios da justiça, mas, entre a decisão acerca dos princípios e sua realização, existem estágios que representam um ponto de vista apropriado através do qual cada tipo de questão deve ser analisada.

Assim, após adotar os princípios na posição original, as partes formam uma convenção constituinte. Neste segundo estágio, o constitucional, o véu da ignorância precisa ser parcialmente retirado, pois são necessárias informações sobre circunstâncias históricas e sociais, sobre o nível de desenvolvimento econômico e político-cultural, pois as partes ainda não possuem conhecimento sobre si mesmas e sobre as outras. Rawls afirma que, neste estágio, em que a justiça dos procedimentos é avaliada, a constituição escolhida deve ser a mais justa e eficaz – pois deve produzir uma legislação justa e eficaz, além de ser pautada pelos princípios de justiça decididos na posição original. Seu objetivo é definir um status comum de cidadania igual e realizar a justiça política (primeiro princípio).

Para Rawls, uma constituição só é justa se incorporar regras democráticas e garantir igualmente aos seus cidadãos liberdades básicas, como o (igual) direito à participação política.

A deliberação constitucional tem como propósito estabelecer direitos e procedimentos que especifiquem e protejam as liberdades básicas. O primeiro princípio é a meta do estágio constitucional. Já o segundo, composto pela Igualdade Equitativa de Oportunidades e pelo Princípio da Diferença, é o foco da deliberação no terceiro estágio, o legislativo. (RAWLS, 2008; FREEMAN, 2007)

Como qualquer procedimento político pode produzir um resultado injusto, o melhor que se pode alcançar em um regime constitucional é a justiça procedimental imperfeita. Por essa razão, Rawls argumenta que os procedimentos factíveis e justos só podem ser escolhidos considerando as convicções e os interesses aos quais os cidadãos estão

propensos, bem como as táticas que julgarão racional usar. Aqui, chega-se ao próximo estágio. Entretanto, neste ponto, é preciso considerar que a definição da justiça ou injustiça de uma legislação normalmente está sujeita às diferenças razoáveis de opinião e que o melhor que podemos dizer de uma lei é que ela não é claramente injusta.

A aplicação do Princípio da Diferença exige mais informações que a do primeiro princípio. Ao mesmo tempo em que violações ao primeiro princípio (às liberdades) são mais facilmente percebidas como injustiças, “a injustiça está manifesta na estrutura pública das instituições” (RAWLS, 2008, p. 244), situação que não é evidente nas políticas sociais e econômicas, reguladas pelo princípio da diferença.

Por essa razão, Rawls propõe uma divisão de trabalho entre os estágios, em que cada estágio trata de diferentes questões de justiça social. Essa divisão corresponde às duas partes da estrutura básica: em uma, o primeiro princípio é o padrão da convenção constitucional e, na outra, o segundo princípio regula o estágio legislativo determinando

“que as políticas sociais e econômicas visem maximizar as expectativas de longo prazo dos menos favorecidos, em condições de igualdade equitativa de oportunidades, desde que as liberdades iguais sejam preservadas. (...) assim, a prioridade do primeiro princípio da justiça em relação ao segundo se expressa na prioridade da convenção constituinte em relação ao estágio legislativo.” (RAWLS, 2008, p.245)

Dessa forma, no estágio legislativo, informações sobre os fatos sociais e econômicos devem ser conhecidos e o arcabouço legal deve atender não só aos princípios da justiça, principalmente ao segundo princípio, mas a quaisquer limites impostos pela constituição.

O quarto (e último) estágio, o da aplicação das normas judiciais por juízes e administradores a casos específicos, exige que o véu esteja completamente retirado e que todos tenham acesso às informações necessárias para que possam acompanhar a aplicação das normas. No entanto, diferentemente do que sua nomenclatura sugere, este estágio não se restringe ao sistema judiciário: ele também envolve os cidadãos e

suas decisões sobre o que as leis requerem deles.

Neste estágio, os princípios da justiça, mediados pela constituição democrática e por suas leis, concretizam-se, resultando em determinações voltadas para o que indivíduos e instituições devem fazer em determinados casos.

2. 2 - Expectativas de vida e os bens primários

É papel da estrutura básica distribuir os bens primários, compreendidos como todos os bens que um indivíduo racional pode almejar possuir para cumprir suas expectativas ao longo de sua vida. A questão é que, quanto maior for a quantidade de bens que um indivíduo possuir, maior será a possibilidade de realização de seus objetivos.

Os bens primários constituem a base das expectativas dos indivíduos, de modo que as comparações interpessoais realizam-se com base nas expectativas de bens primários sociais. Em **Uma teoria de justiça (2008)**, Rawls define os bens primários como *“coisas que se presume que um indivíduo racional deseje”*.

Os bens sociais, enumerando-os em categorias amplas são os direitos, liberdades e oportunidades, bem como renda e riqueza (...). São bens sociais tendo em vista sua conexão com a estrutura básica; as liberdades e as oportunidades são definidas pelas normas das principais instituições, e a distribuição de renda e riqueza é regida por elas. (RAWLS, 2008, p. 110)

As expectativas dos indivíduos são definidas como um índice de bens primários porque a justiça como equidade entende que os membros da sociedade são racionais e capazes de ajustar sua concepção do bem à própria situação.

A parcela apropriada dos bens primários não pode ser compreendida a partir do que se define como bem em determinada doutrina religiosa, filosófica ou moral abrangente; ou ainda de acordo com o que estas várias doutrinas podem ter em comum

no que diz respeito ao nosso bem, enquanto concepção abrangente.

Esses bens – os bens primários - fazem parte de uma concepção parcial do bem com que cidadãos, que afirmam uma pluralidade de doutrinas abrangentes conflitantes, podem concordar com o propósito de fazer as comparações interpessoais necessárias para que haja princípios políticos exequíveis. (RAWLS, 2003, p. 85)

A ideia central da teoria do bem adotada por Rawls para explicar os bens primários consiste, resumidamente, em que o bem de uma pessoa “é definido por aquilo que para ela representa o plano de vida mais racional a longo prazo em circunstâncias favoráveis. O bem é a satisfação do desejo racional.” (Rawls, 2008, p.111). Assim, a felicidade da pessoa está em ser mais ou menos bem sucedida na realização de tais planos. A questão é que nem todos têm acesso aos mesmos bens, diferença que pesa negativamente sobre a realização dos planos daqueles que têm acesso a uma parcela menor de bens. Na justiça como equidade, é assegurada a todos

(...)uma liberdade igual para tentar realizar qualquer plano de vida que lhe agrade, contanto que não transgrida o que a justiça exige. Os homens repartem os bens primários segundo o princípio de que alguns podem ter mais se forem bens adquiridos de maneira que melhore a situação dos que têm menos. Uma vez que o arranjo como um todo é estabelecido e está em funcionamento, questões sobre os totais de satisfação ou de perfeição não se apresentam. (RAWLS, 2008, p.112)

Rawls supõe que cada indivíduo tem um plano de vida racional, elaborado segundo sua situação e considerado preferível perante alternativas. Para sua realização, há uma gama de bens que o indivíduo espera ter, já que seu êxito tem relação direta com a quantidade e a qualidade dos bens de que dispõe. Os princípios da justiça facilitam a tarefa de elaboração de um índice de bens primários, pois garantem a realização das liberdades fundamentais e da igualdade equitativa de oportunidades.

Os bens primários são, também, as condições e meios necessários para que os cidadãos possam desenvolver-se e exercer plenamente suas duas faculdades morais: a capacidade de ter um senso de justiça, de compreender e de aplicar os princípios de justiça política e a capacidade de formar uma concepção de bem. Além disso, eles garantem as condições de realização das concepções de bem dos cidadãos. São coisas exigidas por uma concepção política que define as pessoas como membros cooperativos da sociedade. Trata-se do que pessoas livres e iguais precisam como cidadãos.

Considerando que a posição e a distribuição de bens entre os mais favorecidos afeta as expectativas dos menos favorecidos, Rawls afirma que o índice de bens primários deve ser estabelecido, primeiramente, tomando como referência a posição social dos menos favorecidos e, em seguida, adotando como critério a combinação de bens primários sociais pela qual o indivíduo mais representativo do grupo optaria racionalmente.

2. 3 - Unidade social e bens primários: a revisão de John Rawls

Em **Social Unity and Primary Goods**, texto de 1982, John Rawls retoma a noção de bens primários, buscando melhorar a exposição e, até mesmo, sanar certa ambiguidade presente em **Uma teoria de justiça** (2008), reforçando que a noção de bens primários permite-nos, primeiramente, realizar comparações interpessoais e, em segundo lugar, que depende de uma certa concepção de pessoa, dada pelas duas faculdades morais fundamentais que, enquanto cidadãos livres e iguais, as pessoas devem ter..

“Minha tese é a de que o problema de comparações interpessoais para questões de justiça acontece a partir de uma definição de justiça e depende da concepção de pessoa, bem como da maneira como a unidade social é concebida. Na justiça como equidade, a dificuldade de

definir tais comparações revela-se moral e prática.” (RAWLS, 1999, p.359)⁷

Dessa maneira, uma concepção pública de justiça, para ser efetiva, pressupõe que haja um entendimento, compartilhado entre os cidadãos sobre o que é vantajoso, que considere quais reivindicações eles podem fazer quando surgirem questões de justiça, como essas reivindicações serão avaliadas e a importância relativa de cada uma. A realização dessas reivindicações é, portanto, percebida como vantajosa para os cidadãos e como uma maneira de melhorar sua situação para propósitos de justiça.

A questão colocada por Rawls é sobre que base os bens primários deverão ser aceitos, já que, em uma sociedade bem ordenada, regulada pelos princípios da justiça como equidade, reivindicações apropriadas são aquelas por determinados bens primários, cuja importância é dada pelos dois princípios mencionados anteriormente e que são, portanto, publicamente reconhecidas.

O segundo princípio de justiça requer que noções de vantagens e benefícios sejam especificadas para que o princípio de diferença seja publicamente garantido. Essas especificações atribuem diferentes pesos a certos bens primários, de modo que a divisão igualitária destes bens entre os cidadãos é especificada por um índice cuja lógica se baseia na importância (peso) atribuída a cada bem. Os bens primários são cinco:

- “1 –As liberdades básicas dadas por uma lista, por exemplo: liberdades de pensamento e consciência; liberdade de associação; e aquelas definidas pela liberdade e integridade do indivíduo, bem como as definidas por lei e, finalmente, as liberdades políticas;
- 2 – liberdade de movimento e de escolha de ocupação em oposição a

⁷ Tradução minha, texto original: My thesis is that the problem of interpersonal comparisons in questions of justice goes to the foundations of a conception of justice and depends on the conception of person and the way in which social unity is to be conceived. In justice as fairness the difficulties in defining these comparisons turn out to be moral and practical. (RAWLS, 1999, p.359)

um fundo (background) de diversas oportunidades;
3 – acesso a cargos de responsabilidade e a seus respectivos poderes e prerrogativas, particularmente aqueles em instituições políticas e econômicas centrais;
4 – renda e riqueza;
5 – as bases sociais do auto respeito autorrespeito⁸. (RAWLS, 1999, p.363)

A unidade social, em uma sociedade bem ordenada, assenta-se sobre o que é justo, considerando os indivíduos como cidadãos livres e iguais que possuem concepções de bem diferentes ou até opostas. A *justiça como equidade* é independente dessas concepções de bem e também prioritária a elas, pois as limita a partir daquilo que é admitido pela sociedade.

“Esses princípios de justiça devem ser vistos como os princípios públicos para o que eu chamarei de uma 'sociedade bem ordenada'. Nesta sociedade, cada cidadão aceita esses princípios e sabe que os demais também os aceitam. Mais ainda, as instituições básicas da sociedade de fato satisfazem esses princípios públicos e isso é reconhecido por todos os cidadãos por boas e suficientes razões. O papel das instituições sociais básicas é estabelecer um pano de fundo a partir do qual os cidadãos possam aprofundar seus fins, contanto que tais fins não violem os princípios da justiça prioritários e independentes.” (RAWLS, 1999, p.361)⁹

Nesse artigo, Rawls (1999) afirma que a noção de bens primários baseia-se na

⁸ Tradução minha, texto original: (a) First, the basic liberties as given by a list, for example: freedom of thought and liberty of conscience; freedom of association; and the freedom defined by the liberty and integrity of person, as well as by the rule of law; and finally the political liberties; (b) Second, freedom of movement and choice of occupation against a background of diverse opportunities; (c) Third, powers and prerogatives of offices and positions of responsibility, particularly those in the main political and economic institutions; (d) Fourth, income and wealth; and (e) Finally, the social bases of self-respect. (RAWLS, 1999, p.363)

⁹ Tradução minha, texto original: “These principles of justice are to be regarded as the public principles for what I shall call 'a well ordered society.' In such a society each citizen accepts these principles and each knows that everyone else accepts them as well. Moreover, the basic institutions of society actually satisfy these public principles, and that this is the case is recognized by all citizens for good and sufficient reasons. The role of basic social institutions is to set up a framework within which citizens may further their ends, provided that these ends do not violate the prior and independent principles of justice.” (RAWLS, 1999, p. 361)

ideia de que uma proximidade parcial entre as diferentes concepções de bem dos cidadãos é suficiente para a justiça política e social. Essas diferentes concepções devem requerer os mesmos bens primários, referendando “*appropriate claims*”, que são reivindicações por bens primários reconhecidas como válidas pela sociedade, pois representam vantagens aos cidadãos e são importantes por melhorar suas condições tendo como propósito questões de justiça.

Rawls retoma a noção de que é necessária uma proximidade entre as diferentes doutrinas do bem em **Political Liberalism** (2005), texto no qual uma das preocupações centrais de Rawls é formular uma resposta ao problema de se alcançar um consenso em torno de uma concepção de justiça e de sua manutenção, estabilidade, dado que o pluralismo doutrinário é característica das sociedades democráticas.¹⁰

Em **Political Liberalism** (2005), Rawls afirma que a justiça como equidade é uma noção política de justiça razoável, o que significa que ela combina determinados valores políticos que fornecem uma base pública de justificação. O autor (RAWLS, 2005) argumenta que o justo e o bem são ideias complementares e que, portanto, uma concepção da justiça deve combiná-las de maneira precisa, inspirando-se em diferentes noções do bem sem negar a prioridade ao justo, o que significa dizer que os princípios da justiça impõem limites às formas de vida que são aceitáveis e que tais ideias do bem são (ou poderão ser) compartilhadas por cidadãos (entendidos como) livres e iguais. Os princípios de justiça, dessa forma, não pressupõem nenhuma doutrina abrangente e específica do bem.

Na justiça como equidade, então, tais ideias (razoáveis) do bem devem respeitar os limites impostos pela concepção política da justiça e cumprir seu papel.

Rawls esclarece, em “**Social Unity and Primary Goods**” (1999), que os bens

¹⁰ Rawls (2005: xvi) afirma : “Political liberalism, assumes that, for political purposes, a plurality of reasonable yet incompatible comprehensive doctrines is the normal result of the exercise of human reason within the framework of the free institutions of a constitutional democratic regime. Political liberalism also supposes that a reasonable comprehensive doctrine does not reject the essentials of a democratic regime. Of course, a society may also contain unreasonable and irrational, and even mad, comprehensive doctrines. In their case the problem is to contain them so that they do not undermine the unity and justice of society.”

primários são uma faceta das instituições ou da situação dos cidadãos quando em relação com elas, instituições essas que são abertas ao acompanhamento e discussão pública. Se por um lado, determinar um padrão de medida de bens e de riqueza não é tarefa fácil, por outro lado, a posição social relativa dos cidadãos, desde que garantido tal padrão de medida, é, em princípio, uma questão cuja decisão pode ser publicamente acordada.

O índice de bens deve ser usado como uma maneira de comparar a situação social dos cidadãos, posto que ele define uma base pública de comparação interpessoal que não deve ser usada indiscriminadamente, mas somente em situações nas quais surgem questões de justiça que têm como referência a estrutura básica da sociedade. Em **Political Liberalism** (2005), Rawls acrescenta que essa base dada pela lista de bens primários deve ser útil a partir das características objetivas do contexto social dos cidadãos, considerando o pluralismo doutrinário.

A resposta à questão sobre o que propicia a aceitação dos bens primários por parte dos cidadãos está, para Rawls, tanto em uma determinada concepção de pessoa que é fundamental para a justiça como equidade quanto na própria natureza dos bens primários. O ponto de partida é a consideração de que os cidadãos são pessoas morais, livres e iguais que podem contribuir e honrar as exigências colocadas por uma sociedade cujo fundamento é o de uma cooperação social para o benefício de todos.

A cooperação social pressupõe uma noção de termos justos de cooperação com os quais se pode esperar que todos os participantes possam razoavelmente concordar ao longo de suas vidas, ainda que cada participante possua diferentes expectativas de vida e fins. Já os indivíduos são vistos como moralmente incentivados por dois interesses centrais: *formular* e *exercitar* suas duas faculdades morais – a capacidade de desenvolver um senso de justiça e a de decidir sobre e de revisar sua concepção de bem.

“Portanto, essas pessoas morais são vistas como tendo a capacidade e

o desejo de cooperar em termos justos com os outros visando à vantagem mútua. Isso implica um desejo regulativo de conformar as aspirações de cada um, bem como as demandas que uns apresentam aos outros, aos princípios públicos de justiça que todos podem razoavelmente vir a aceitar.” (RAWLS, 1999, p.365)¹¹

Na posição original, as partes que representam os cidadãos acordam sobre os princípios da justiça levando em consideração as instruções que lhes foram dadas por aqueles a quem representam. Essas instruções, somadas às restrições impostas às partes na posição original, permitirão às partes representarem os cidadãos da melhor maneira possível, como pessoas livres e iguais, ao decidirem entre as diferentes alternativas de princípios de justiça, de maneira a garantir que estes princípios proverão os bens primários a todos os cidadãos.

Rawls (1999) esclarece que é razoável para as partes visarem à garantia de acesso a bens primários, o que explica a importância moral de cada bem. As liberdades básicas são necessárias para o desenvolvimento da capacidade de decidir sobre uma concepção de bem; as liberdades de movimento e de escolha de ocupação são requeridas para que cada um possa buscar seus fins, realizar suas expectativas, seus planos de vida; os poderes e prerrogativas de cargos de responsabilidade são necessários, pois proporcionam base ao autogoverno e para a realização das capacidades sociais de cada um; renda e riqueza são bens necessários para que os cidadãos possam realizar suas expectativas e, finalmente, as bases sociais do autorrespeito são essenciais para que os cidadãos possuam um senso de sua importância moral e para que sejam capazes de realizar suas duas capacidades morais e avançar segundo suas expectativas, com confiança.

Dessa maneira, é o interesse das partes, em desenvolver e exercer as duas capacidades morais dos cidadãos, somado às condições básicas para a vida humana

¹¹ Tradução minha, texto original: “so that moral persons are said to have both the capacities and the desire to cooperate in fair terms with others for reciprocal advantage; and this implies a regulative desire to conform the pursuit of one's good, as well as the demands one makes on others, to public principles of justice which all can reasonably be expected to accept.” (RAWLS, 1999, p.365)

em sociedade, que determina os bens primários e especifica sua importância.

Dessa forma, embora a decisão acerca de uma lista específica de bens primários requiera conhecimento das circunstâncias que caracterizam a sociedade, essa decisão só pode ser tomada a partir da concepção de pessoa dada na posição original, que é a base dos princípios de justiça.

A concepção de pessoa e a noção de bens primários simplesmente caracterizam uma necessidade específica de uma concepção de justiça. Outras formas de necessidade, juntamente com desejos e aspirações, não desempenham papel algum. (RAWLS, 1999, p.347)¹²

Reconhecendo que a definição da lista requer informações sobre a vida em sociedade, em **Political Liberalism** (2005), Rawls sublinha que é possível incluir outros bens na lista proposta, mas que, para tal, é preciso reconhecer os limites do que é político e praticável.

¹² Tradução minha, texto original: “The conception of the person and the notion of primary goods simply characterize a special kind of need for a conception of justice. Needs in any other sense, along with desires and aspirations, play no role.” (RAWLS, 1999, p.374)

III - Saúde e Justiça Social

Rawls não possui uma teoria sobre a saúde em uma sociedade justa. Em sua sociedade bem ordenada, a saúde é um problema que não se coloca – principalmente em seu primeiro estágio (a posição original), ou seja, não é uma questão que deva influenciar as decisões acerca dos princípios de justiça de uma sociedade. Temas como a saúde devem ser tratados nos estágios posteriores, quando as partes que deles participam já possuem informações mais detalhadas sobre questões econômicas e sociais de sua sociedade. Além disso, tanto a saúde quanto outros bens que consideramos fundamentais, como a educação, a moradia, a alimentação, o saneamento básico, o direito à justiça, tampouco figuram, explicitamente, na lista bens primários, relação de bens amplos cuja abrangência se estende às diferentes esferas da vida.

A questão é que esses bens não se relacionam diretamente com a nossa lista de bens sociais que define, por exemplo nossos direitos sociais em nossa Constituição¹³, tão fundamental para a garantia da liberdade e da igualdade entre as pessoas, principalmente em sociedades desiguais como a brasileira. Quanto aos bens listados por Rawls, apenas o trabalho é explicitamente citado como um bem primário, o que justifica a necessidade da garantia de acesso a cargos e de liberdade de escolha de ocupação.

Por esse viés, a lista de bens primários aparece-nos como insuficiente, como uma métrica incapaz de garantir a plenitude dos cidadãos. É justamente aqui que surgem algumas das controvérsias em torno da teoria rawlsiana: qual é o impacto da omissão de bens fundamentais, como a saúde, para o desenho de uma sociedade justa? Autores como Armatya Sen (1992; 2009) e Martha Nussbaum (2006) focam-se na

¹³ A Constituição brasileira define em seu Art. 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência social aos desamparados, na forma desta Constituição.”

saúde, dentre outros bens sociais, para mostrar que o acordo rawlsiano e a métrica de bens primários são insuficientes por não garantir às pessoas a realização de suas capacidades. Nos termos de Martha Nussbaum (2006), trata-se de um acordo que discrimina pessoas acometidas por deficiências e/ou doenças que lhes impeçam de agir socialmente como os demais por terem necessidades e requerem atenção especiais.

Já Norman Daniels (2008) afirma que é possível pensar a saúde a partir da justiça como equidade, mas que isso não deve ser feito a partir da lista de bens primários, pois trata-se de um bem que está contido nas exigências dos princípios de justiça acordados na posição original.

Antes de entrarmos nas considerações específicas destes autores, retomo algumas considerações de Rawls sobre os bens primários e a estrutura básica da sociedade. É a estrutura básica o objeto primário da justiça como equidade porque ela exerce profunda influência sobre a vida das pessoas e porque toda sociedade moderna terá de lidar com e se apoiar em algumas desigualdades para ser bem ordenada e bem planejada. A questão é: quais desigualdades devem ser permitidas? As desigualdades tratadas pela justiça como equidade são aquelas que afetam as perspectivas de vida dos cidadãos, perspectivas que são determinadas por um índice apropriado de bens primários e afetadas por três tipos de contingências: (1) sua classe social de origem, (2) seus talentos e as oportunidades que têm de desenvolvê-los; (3) “sua boa ou má sorte ao longo da vida (como são afetados pela doença ou por acidentes; e digamos, por períodos de desemprego involuntário e declínio econômico regional)”. (Rawls, 2003, p.78)

Essas são, para Rawls, desigualdades que não podem ser ignoradas e que não podem manifestar-se sem regulamentações se quisermos uma sociedade cujo princípio é ser um sistema equitativo de cooperação entre cidadãos livres e iguais, pois

“Avaliamos nossas perspectivas de vida segundo nosso lugar na sociedade e formulamos nossos objetivos à luz dos meios e oportunidades de que podemos esperar dispor de forma realista. Assim,

o fato de sermos esperançosos ou otimistas em relação ao nosso futuro, ou resignados e apáticos, depende tanto de desigualdades associadas à nossa posição social como dos princípios públicos de justiça que a sociedade não apenas professa, mas, de modo mais ou menos efetivo, usa para regular as instituições da justiça de fundo.” (RAWLS, 2003, p.80)

Dessa forma, a estrutura básica é um arranjo social e econômico que satisfaz e suscita desejos e aspirações ao longo de nossas vidas, preservando a justiça de fundo ao longo do tempo entre uma geração e outra.

Os bens primários, base das expectativas das pessoas, dependem de fatos gerais sobre as necessidades e aptidões humanas, suas fases e requisitos normais de cuidados, relações de interdependência social e muito mais, além, como já foi dito anteriormente, da concepção de pessoa da sociedade: “uma concepção de pessoa como livre e igual, dotada de faculdades morais e capaz de ser um membro plenamente cooperativo da sociedade. Essa *concepção normativa é necessária para definir a lista apropriada de bens primários.*” (Rawls, 2003, p.82[destaque meu])

Devemos também assinalar que Rawls (2008; 2003) deixa claro que o princípio da diferença aplica-se às desigualdades oriundas das diferenças nas expectativas de bens primários dos cidadãos ao longo de toda vida e que, em uma sociedade bem ordenada, os menos favorecidos são aqueles que pertencem à classe de renda com expectativas mais baixas. Estes não podem ser identificados independentemente de sua renda e riqueza ou apenas por características naturais, como raça, gênero, nacionalidade ou de outro tipo – como as desigualdades em saúde - que nos permitam comparar sua situação em vários esquemas de cooperação social passíveis de consideração. Rawls (2003) afirma que os mais desfavorecidos são simplesmente os mais desfavorecidos naquele esquema específico. Diferenças de classe ou surgidas de infortúnios, ainda que não os definam, podem ser características comuns entre muitos dos que pertencem a esse grupo.

O princípio de diferença apresenta duas exigências: uma é a de que, durante um

intervalo apropriado de tempo, as diferenças de renda e riqueza obtidas sejam distribuídas de tal forma que se as expectativas dos mais favorecidos em algum momento forem menores as dos menos favorecidos também o serão e que, por maiores que sejam as desigualdades de renda e riqueza estas devem efetivamente favorecer ao menos favorecidos. (Rawls, 2003, p.90)

Rawls explica que as distinções de raça e gênero não estão incluídas explicitamente entre as três contingências acima mencionadas porque,

“embora haja certa tendência de os indivíduos mais prejudicialmente afetados pelas três contingências se encontrarem entre os menos favorecidos, esse grupo não é definido por referência a essas contingências, mas por um índice de bens primários... utilizamos renda e riqueza para especificar este grupo; e os indivíduos que pertencem a ele podem mudar de um ordenamento da estrutura básica para outro.” (RAWLS, 2003, p. 92)

Para Rawls, se os homens têm mais direitos ou oportunidades básicas do que as mulheres, por exemplo, é porque existem desigualdades de poder político e controle de recursos econômicos, o que se comprova historicamente. Ademais, essas desigualdades só deveriam ser permitidas se elas trouxessem vantagens para as mulheres e fossem aceitáveis do ponto de vista delas, mas

Não são, e parecem nunca ter sido vantajosas para as mulheres ou as raças menos favorecidas. É claro que um juízo histórico tão incisivo pode vez por outra ser incerto. Contudo, numa sociedade bem-ordenada dos dias hoje não há lugar para tal incerteza e, portanto, a justiça como equidade supõe que as posições relevantes de tipo padrão especificadas pelos bens primários são suficientes (RAWLS, 2003, p.93)

No que se refere à saúde, até aqui, podemos dizer que ela é reconhecida por Rawls como uma contingência, um fator que pode afetar as expectativas de vida e, portanto, ser desencadeador de desigualdade, mas os menos favorecidos não devem

ser definidos pela ausência de saúde, pois esta não é um bem primário. Isso indica que tentar pensá-la como tal por ser fundamental à realização das expectativas das pessoas ao longo de suas vidas não seria o mais apropriado a partir da teoria da justiça como equidade.

3. 1 - A justiça como equidade e a saúde como um fator de discriminação

Para Martha Nussbaum (2006)¹⁴ o desenho da teoria da justiça como equidade e seus princípios tal como propostos por Rawls desconsideram e até discriminam aqueles que têm necessidades especiais e que requerem uma atenção diferenciada da sociedade para que possam ser membros ativos e cooperativos com o arranjo social.

A autora refere-se explicitamente a pessoas que são deficientes (físicos ou mentais) ou que foram acometidas por doenças que temporária ou permanentemente colocam barreiras que dificultam a realização de suas expectativas de vida e sua plena cooperação com a sociedade. Nussbaum (2006) argumenta que a posição original apresenta suas partes como membros normais. São pessoas que sabem que suas capacidades e habilidades físicas e mentais se enquadram dentro da normalidade (“*normal range*”). Os cidadãos de Rawls são membros que cooperam plenamente com a sociedade por toda a sua vida e que aceitam o contrato proposto na posição original justamente porque visam ao benefício mútuo, a uma cooperação na qual todos poderão ganhar.

A autora vê a posição original como um mecanismo que leva as pessoas a não quererem estabelecer um contrato com aqueles que não poderão cooperar plenamente ou que demandarão uma atenção diferenciada da sociedade. Eis o problema: um contrato social que se caracteriza pela reciprocidade entre iguais, que, ao fazê-lo,

¹⁴ A argumentação de Martha Nussbaum em **Frontiers of Justice** (2006) baseia-se na discussão de um problema considerado central nas teorias justiça pela autora, que é a negligência de três problemas sociais até então não resolvidos: o primeiro é o de fazer justiça a pessoas portadoras de deficiências físicas e mentais; o segundo é o de estender a justiça para todos os cidadãos do mundo – portanto o de uma justiça internacional, e o terceiro é o de enfrentar questões advindas do tratamento de outras espécies animais, que não humanos.

desconsidera as diferenças existentes entre as pessoas – seja por condições de saúde, seja por desigualdades históricas – que limitam a realização das expectativas daqueles que são suas vítimas, tal como ocorre com as desigualdades de raça e de gênero.

Nussbaum (2006) assinala também que essa igualdade e reciprocidade contrastam com o domínio do privado, no qual os indivíduos podem agir de modo não condizente com os ideais políticos acordados. Nesse ponto, a crítica recai sobre a tradição do contrato social. O problema estaria justamente em basear-se na ideia do contrato para o estabelecimento de princípios políticos, ideia tradicionalmente identificada com a separação entre o público e o privado e que consideraria as relações familiares como pertencentes ao domínio do natural, desconhecendo que tais relações são de diferentes maneiras moldadas, tanto por condições sociais que estão além de seu âmbito, quanto pelas expectativas e necessidades que essas condições impõem.

Para Nussbaum (2006), Rawls apenas se aproxima do reconhecimento de que as relações familiares são influenciadas pelo plano de fundo social. A autora coloca que alguns até podem argumentar que Rawls o faz ao negar, pelo menos oficialmente, a distinção entre público e privado e ao considerar a família como uma das instituições da estrutura básica. Entretanto, a família é por ele tratada como uma instituição voluntária¹⁵ que deve ser regulada pela justiça política apenas de fora (“*which political justice regulates on the outside only*”).¹⁶

A questão central, para a autora, repousa no fato de que essa abordagem negligencia questões prementes relacionadas ao cuidado e às necessidades de saúde dos dependentes que tanto colaboram para o aprofundamento das desigualdades.

Neste ponto, cabe uma observação: Martha Nussbaum está correta ao identificar

¹⁵ Considero que a família deve ser tratada como uma instituição com a qual estabelecemos laços voluntários apenas no casamento e na vida adulta. Mesmo assim, sabemos que isso não é válido para todas as sociedades, ou culturas, pois, em muitas, as mulheres não têm poder de decisão inclusive com relação ao pai, que escolhe e impõe seu destino, poder de decisão que é comumente transferido ao marido. Sem uma estrutura básica que lhes propicie condições de saída dessa instituição que não as vê como livres e iguais e portadoras de direitos básicos fundamentais, dificilmente podemos afirmar que esta é uma associação voluntária.

¹⁶ Cf. NUSSBAUM, 2006, p. 105-106 e nota de rodapé 27.

essa diferença de exercício de poder no que se refere ao papel da mulher e do homem na sociedade, por exemplo. Entretanto, se as pessoas assumem em um acordo público que todos são livres e moralmente iguais e se essa igualdade se traduz de fato em simetria de tratamento nos espaços tradicionalmente caracterizados como o domínio do público, se o autorrespeito é endossado e, obviamente, incentivado, por que nas relações familiares, no domínio do privado, a exploração infantil, a submissão feminina e a violência patriarcal, por exemplo, seriam praticadas e tacitamente permitidas pela sociedade? Se o estabelecimento de tais relações é permitido no domínio do privado, é também porque não são questionadas no domínio do público, fato que, por si só, desconsidera a separação entre público e privado, como Nussbaum nos chama atenção. Não considero que seja possível inferir da separação entre público e privado na tradição do contrato social que o contrato rawlsiano negligencie o fato de as relações familiares basearem-se em referências presentes nas demais relações sociais, até porque a família é uma instituição da estrutura básica. Além disso, não seria apropriado que determinadas relações em família sejam definidas/orientadas por critérios de justiça política, ou será que estes devam dizer-nos como amar nossos filhos, maridos ou esposas e quais são as formas mais corretas de demonstrar esse amor? Esse questionamento pode parecer demasiado, mas, mesmo que o Estado pode obrigar, por exemplo, o reconhecimento de paternidade e coagir o homem/pai a fazê-lo (pois o reconhecimento formal/legal garante à criança uma série de direitos, inclusive os de herança), ele não pode obrigar a construção de laços amorosos e de uma relação que reconheceríamos como a de pai-filho, pois existem claros limites para a atuação do Estado.

A família, como as demais instituições, está orientada pelos valores morais e pela definição de pessoa de determinada sociedade ou pelos princípios da justiça acordados. Sobre isso, Rawls é claro:

“(...)os princípios políticos não se aplicam diretamente à sua vida interna,

mas impõe restrições essenciais à família enquanto instituição e garantem os direitos e liberdades básicos e oportunidades equitativas para todos os seus membros. Fazem-no, como já disse, especificando os direitos básicos de cidadãos iguais que são membros de famílias. A família como parte da estrutura básica não pode violar essas liberdades.” (RAWLS, 2003, p. 233)

Se, na prática, o desrespeito e a falta de reconhecimento do outro como alguém moralmente igual a mim se revela nas relações familiares em nossas sociedades, é, também, porque, muito provavelmente, essas práticas estão igualmente presentes em outras instituições, associações, comunidades e relações sociais, revelando a inobservância de valores e direitos democráticos, bem como dos princípios de justiça. Mas esse já é outro tema, que não pretendo explorar neste momento.

A questão é que a autora percorre esse caminho no esforço de demonstrar que as pessoas não são iguais, como a teoria rawlsiana pressupõe, e que a assunção do padrão de normalidade – de pessoas normais e capazes de cooperar plenamente em sociedade – estabelecido por Rawls autoriza ao autor e a nós a definir o que é fundamental em termos de justiça política. Para justificar seu ponto de vista, Nussbaum (2006) apresenta uma citação de **Political liberalism** (RAWLS, 2005), omitindo sua primeira frase. Peço licença ao leitor para reproduzi-la integralmente para que possamos apreender o todo do raciocínio de Rawls:

“Posto que iniciamos pela ideia de sociedade como um justo sistema de cooperação, presumimos que as pessoas enquanto cidadãos têm todas as capacidades que as permitem ser membros que cooperam com a sociedade. Isso é feito para alcançar uma clara ideia de qual é, para nós, a questão fundamental da justiça política: especificamente, qual é a concepção de justiça mais apropriada para especificar os termos de cooperação social entre cidadãos vistos como livres e iguais, e como membros da sociedade normais e plenos no decorrer de suas vidas?” (RAWLS, 2005, p.20)¹⁷

¹⁷ Tradução minha, texto original: “Since we began from the idea of society as a fair system of cooperation, we

Para a autora, trata-se de uma questão de desenho, pois, ao conceber as pessoas desta maneira, as formas mais extremas de necessidade e dependência que um ser humano pode experimentar são omitidas do esquema básico de escolha e, portanto, simplesmente afirmar, como faz Rawls, que as decisões sobre questões e dilemas que surgirão para a inclusão daqueles acometidos por tais necessidades devem ser consideradas nos estágios posteriores – constitucional, legislativo e judiciário, após a decisão dos princípios básicos de justiça, não resolve o problema.

Em sua argumentação, Nussbaum (2006) acrescenta que, ao postergar o problema, Rawls não deixa espaços para os arranjos especiais que pessoas portadoras de deficiências podem precisar, pois a noção de bens primários desconsidera tais arranjos, e complementa:

“Mas outras questões centrais também são afetadas, pois as perspectivas da teoria sobre liberdade, oportunidade e as bases sociais do autorrespeito são atreladas às necessidades dos “cidadãos plenamente cooperativos”. Assim, as necessidades incomuns de cidadãos com limitações e deficiências – como a necessidade de educação especial, de redesenho dos espaços públicos (rampas de acesso nas ruas ou aos ônibus à cadeirantes, sinalização com leitura em braile e muitas outras) – não parecem ser incluídas no estágio inicial, quando os princípios básicos da justiça são escolhidos.” (NUSSBAUM, 2006, p.109)¹⁸

assume that persons as citizens have all the capacities that enable them to be cooperating members of society. This is done to achieve a clear and uncluttered view of what, for us, is the fundamental question of political justice: namely, what is the most appropriate conception of justice for specifying the terms of social cooperation between citizens regarded as free and equal, and as normal and fully cooperating members of society over a complete life?” (RAWLS, 2005, p. 20)

¹⁸ Tradução minha, texto original: “But other central matters are also affected: for the theory’s understandings of liberty, opportunity, and the social bases of self respect are all keyed to the needs of the “fully cooperating citizens.” Thus the unusual needs of citizens with impairments and associated disabilities – needs for special educational treatment, for the redesign of public space (wheelchair ramps, wheelchair access on buses, tactile signage, and so on) - do not seem to be included at this initial stage, when the basic principles are chosen.” (NUSSBAUM, 2006, p.109)

Para a autora, Rawls assume uma postura discriminatória ao afirmar que pessoas cegas, surdas ou cadeirantes não têm condições de participar do acordo na posição original. Para Nussbaum (2006), os princípios que forem aí escolhidos não serão suficientemente justos para com estas pessoas e, além disso, não seria correto para alguém com tais condições negar ou desconhecer sua situação para fazer parte da posição original, pois tais pessoas podem ser tão produtivas quanto as que são consideradas normais¹⁹, desde que a sociedade lhes garanta condições de vida que considerem suas necessidades. Discriminá-las tem efeito equivalente às discriminações de raça ou de gênero.

O que Nussbaum (2006) desconsidera em sua crítica é justamente o fato de a teoria de Rawls ter como ponto de partida uma concepção sociedade enquanto um sistema de cooperação justo, na qual todos são moralmente iguais. Trata-se de uma sociedade cuja estrutura básica, regulada pelos princípios da justiça, tem como objetivo garantir que *todos* tenham iguais oportunidades ao longo de suas vidas e para a qual as diferenças só serão permitidas se maximizarem as expectativas dos mais desfavorecidos.

A busca de Rawls era por uma concepção de justiça que fosse a mais apropriada para uma sociedade democrática. A posição original é pensada sob o artifício do véu da ignorância justamente para garantir que as partes não tirem vantagem do acordo. A premissa é a de que, se as partes souberem suas condições, poderão estabelecer um acordo que os favoreça quando retornarem para suas posições em sociedade.

Rawls coloca que, para ser parte do acordo na posição original, são necessários determinados requisitos mínimos que habilitem a pessoa a decidir sobre os princípios de justiça da sociedade. São necessárias capacidades morais, intelectuais e físicas,

¹⁹ Nussbaum (2006, p. 113) afirma: “Their relative lack of productivity under current conditions is not “natural”; it is the product of discriminatory social arrangements”.

aquelas mesmas que permitem que as pessoas sejam capazes de cooperar com a sociedade ao longo de suas vidas. A questão que esse debate levanta é: por que pessoas com deficiências físicas não podem fazer parte do acordo na posição original? Mais importante, será que o fato de não fazerem parte no acordo reservar-lhes-á, necessariamente, uma posição preterida em sociedade que limitará a realização de seus fins?

O argumento de Rawls é o de que questões como deficiências e doenças graves não são levadas em consideração nesse momento porque, nele, o objetivo é responder a uma questão fundamental da filosofia política, qual seja, como especificar termos de cooperação justos entre pessoas que se concebem como cidadãos plenos (o que significa que todos têm poderes intelectuais plenos para exercerem seu papel em sociedade)? É destes membros – moralmente conscientes – plenos, ativos e participantes na sociedade que a questão fundamental sobre a justiça social surge.

Portanto, é razoável deixar de lado certas complicações. Se pudermos construir uma teoria que atenda aos casos mais fundamentais, poderemos tentar estendê-la para os demais casos posteriormente. Obviamente, uma teoria que falha para casos fundamentais não nos será útil de maneira alguma. (RAWLS, 1999, p.333)²⁰

Sobre aqueles que sofrem de limitações impostas por problemas relacionados à saúde, Rawls coloca que eles apresentam questões que, embora de extrema importância, são práticas, de modo que devem ser tratadas pelos estágios posteriores.

21

Ainda assim, não está claro no argumento de Rawls por que motivo deficientes

²⁰ Tradução minha, texto original: “Therefore, it is sensible to lay aside certain difficult complications. If we can work out a theory that covers fundamental case, we can try to extend it to other cases later. Plainly, a theory that fails for the fundamental case is of no use at all.” (RAWLS, 1999, p.333)

²¹ Em seu artigo “Kantian Constructivism in Moral Theory”, Rawls (1999, p.332) afirma: “Of course, care for those with such requirements is a pressing practical question.”

não poderiam participar do acordo na posição original. Ademais, cabe questionarmos: estando sob o véu da ignorância, saberiam essas pessoas que sua participação na sociedade e suas expectativas são limitadas por sua condição? Diria que não ou, pelo menos, que, se quisermos ser congruentes com o desenho da posição original, as partes não deveriam ter acesso a essa informação. Por outro lado, se o tivessem, não vejo o porquê de considerá-la uma informação essencial para que se alcance um acordo mais justo no teor que Martha Nussbaum reclama, dados os termos do acordo e sua finalidade – decidir os princípios de justiça.

Não acredito que seja possível afirmar que os princípios da justiça desenhados seriam mais justos ao permitirmos que as partes tenham acesso a esse tipo de informação. Além disso, passaríamos a correr justamente o risco que Rawls quer evitar, pois cada pessoa, parte na posição original, buscaria definir princípios que atendessem a casos específicos, voltados para os problemas que lhes são mais urgentes. Então, não estaríamos mais no terreno da teoria da justiça como equidade.

Vamos retomar o argumento de Rawls:

A razão pela qual a posição original precisa abstrair-se de, e não ser afetada pelas contingências do mundo social está dada pelas condições para a realização um acordo justo acerca de princípios políticos de justiça entre pessoas livres e iguais. Condições essas que exigem a eliminação da possibilidade de se barganhar vantagens que inevitavelmente surgem no pano de fundo das instituições de qualquer sociedade a partir do acúmulo de tendências históricas sociais e naturais. Essas vantagens contingenciais e influências acidentais do passado não podem afetar o acordo acerca de princípios que regularão as instituições da estrutura básica da sociedade no presente e no futuro. (RAWLS, 2005, p.23)²²

²² Tradução minha, texto original: The reason the original position must abstract from and not be affected by the contingencies of the social world is that the conditions for a fair agreement on the principles of political justice between free and equal persons must eliminate the bargaining advantages that inevitability arise within the background institutions of any society from cumulative social, historical, and natural tendencies. These contingent advantages and accidental influences from the past should not affect an agreement on the principles that are to regulate the institutions of the basic structure itself from the present into the future. (RAWLS, 2005,

Se um cadeirante fosse parte na posição original, com toda certeza não teria acesso às informações sobre as condições e limitações de uma pessoas em suas condições na sua sociedade. É preciso lembrar que, na justiça como equidade, estabelecidos os princípios da justiça, os problemas provenientes de questões sociais e de desigualdades serão decididos tomando o segundo princípio – o princípio de diferença e o da igualdade equitativa de oportunidades – como referência. Além disso, problemas de saúde e/ou deficiências não caracterizam necessariamente as pessoas como menos favorecidas em dado arranjo social.

Ademais, extrapolando para as políticas públicas e todo o processo que as envolve (da elaboração à implementação), bem como considerando o modo como tais questões surgem, seria pouco provável que concordássemos em citar ou detalhar questões muito específicas no texto constitucional que nos garante o direito universal à saúde. Por exemplo, o tratamento diferenciado requerido por doenças graves e deficiências precisa ser debatido e as decisões a seu respeito, tomadas em momento posterior no qual seja possível considerar as especificidades da doença/deficiência, do local no qual a política será implementada e das pessoas/pacientes que são por elas acometidos. Tais decisões também são caracterizadas por certa transitoriedade e indeterminação, pois o perfil epidemiológico de uma população altera-se com o decorrer do tempo. Por outro lado, as soluções e condições de tratamento disponíveis variam de sociedade para sociedade dependendo de fatores econômicos, tecnológicos, científicos, sem mencionar a forte influência de fatores culturais sobre a atuação médica e as soluções.

O argumento geral de Martha Nussbaum (2006) é o de que a noção de capacidades é uma alternativa mais apropriada aos dilemas colocados pela abordagem do contrato social, importante para pensarmos as políticas de saúde e as necessidades

daqueles que são acometidos por doenças ou deficiências que incidem sobre suas oportunidades e sobre as daqueles que são responsáveis por seu cuidado, lembrando que normalmente são as mulheres que assumem o papel de cuidar dos doentes e deficientes da família, comprometendo suas expectativas de vida.

Justamente por isso, na visão de Nussbaum (2006), as políticas de saúde não somente têm que focar-se sobre a prestação de serviços àqueles que estão doentes como também têm que considerar o impacto da doença na vida daqueles que cuidam do doente, seja como trabalho não remunerado, seja como remunerado. Nessa abordagem, a saúde ocupa três espaços: o do setor público responsável pelos serviços de saúde; o do sistema educacional – que deve investir para mudar a visão das pessoas a respeito da crença de que a obrigação do cuidado ser feminina e sobre a relação das pessoas com o mercado e com o ambiente de trabalho e, por fim, o do ambiente de trabalho cuja mensagem enviada às pessoas afirma que aqueles que trabalharem em período integral (*full-time*) irão ter mais chances de progredir na carreira, ao contrário daqueles que optam por dedicar-se ao cuidado de familiares que deles precisam. Todos esses fatores, diferenças em saúde, geram desigualdades que precisam ser tratadas como questão de justiça.

Nosso próximo passo aqui será lançar o olhar sobre a noção de capacidades e verificar até que ponto esta se coloca como uma alternativa a Rawls.

3. 2 - Capacidades – uma alternativa a Rawls?

Amartya Sen (2009), em diálogo com a teoria de Rawls, propõe um enfoque que, para o autor, seria mais apropriado para lidar com as desigualdades provenientes de diversas formas de contingências sociais, variações que resultam em diferentes maneiras de conversão da renda e da riqueza que os indivíduos possuem em formas de vida distintas, na vida que cada pessoa pode levar. “Diferentes pessoas podem ter diferentes oportunidades de converter renda e outros bens primários em características

de boas condições de vida e na forma de liberdade que valorizamos.”²³ (SEN, 2009, p.254)

As condições de vida dos deficientes são, para Sen (2009), o melhor exemplo dessas variações. O autor ressalta que a importância da deficiência para o entendimento da privação no mundo é normalmente subestimada. As pessoas portadoras de deficiências, segundo Sen, não apenas são as maiores vítimas da privação como também as mais negligenciadas. Pensar sua situação é um dos mais importantes argumentos a favor da noção de capacidades.

Em **Inequality Reexamined** (1992), o foco de discussão de Amartya Sen parte das seguintes questões: porque igualdade e igualdade de quê? Seus questionamentos sobre a teoria rawlsiana recaem sobre o *equalizandum* da justiça como equidade. Sen pergunta-se sobre até que ponto a teoria de Rawls desconsidera a diferença entre as pessoas ao postular uma suposta igualdade de bens e de senso de justiça que seria o fundamento da estrutura básica?

Para Sen (1992), as questões e os problemas sociais enfrentados hoje em razão da desigualdade e da injustiça requerem uma abordagem menos restrita do que a proposta por Rawls. Para o autor, a noção de bens primários e o princípio de diferença, por um lado, buscam o ideal da igualdade de oportunidades e, por outro, apontam para a liberdade, fazendo com que as análises sobre igualdade e justiça foquem-se mais em torno das liberdades exercidas pelas pessoas do que nos resultados por elas alcançados através do exercício de suas liberdades.

Em seu recente livro, **The Idea of Justice** (2009), Sen afirma que o princípio de diferença e a noção de bens primários são importantes contribuições de Rawls para a teoria da justiça e para pensarmos a desigualdade. O primeiro, porque aponta para a importância da igualdade para arranjos sociais e o segundo, porque indiretamente proporciona uma reflexão sobre a importância da liberdade como forma de garantir às

²³ Tradução minha, texto original em inglês: “However, different people can have quite different opportunities for converting income and other primary goods into characteristics of good living and into the kind of freedom valued in human life” (SEN, 2009, p.254)

peessoas uma oportunidade real de realizar o que elas desejam de e para suas vidas.

Por outro lado, afirma que Rawls pensa a liberdade através dos meios e bens que as pessoas possuem, sem levar em conta as variações existentes na capacidade que pessoas que possuem o mesmo “pacote de bens” têm de convertê-los em boas condições de vida. Argumenta também que é demasiado atribuir total prioridade à liberdade e questiona: “Porque deveríamos entender a fome, a inanição e a negligência médica como violações menos importantes do que as de qualquer forma de liberdade pessoal?²⁴” (SEN, 2009, p.65)

A questão, para Sen, é que Rawls enfoca o espaço avaliatório errado para realizar comparações interpessoais com fins de justiça distributiva, pois há uma cegueira parcial na perspectiva sobre os recursos e bens primários dos princípios de justiça rawlsianos. Essa cegueira impede-nos de perceber que:

“(...)pessoas diferentes, devido a características pessoais, à influência de fatores físicos ou sociais do ambiente, ou por viverem uma privação relativa (...), podem ter uma ampla variedade de oportunidades de converter bens gerais (como renda e riqueza) em capacidades – aquilo que eles realmente podem ou não fazer. As variações em converter oportunidades não são apenas uma questão que se refere ao espaço daquilo que percebemos como “necessidades especiais”, mas que reflete variações evidentes – grandes, pequenas ou médias – na condição humana e em circunstâncias sociais relevantes.” (SEN, 2009, p. 261)²⁵

Uma importante questão, já apontada por Sen no texto de 1992, surge, então, do

²⁴ Tradução minha, texto original em inglês: “Why should we regard hunger, starvation and medical neglect to be invariably less important than the violation of any kind of personal liberty?” (SEN, 2009, p.65)

²⁵ Tradução minha, texto original: “different people, for reasons of personal characteristics, or the influences of physical and social environments, or through relative deprivation (when a person's absolute advantages depend on her relative standing compared with others), can have widely varying opportunities to convert general resources (like income and wealth) into capabilities – what they can or cannot actually do. The variations in conversion opportunities are not just matters of what can be seen as ‘special needs’, but reflect pervasive variations – large, small and medium – in human condition and in relevant social circumstances” (SEN, 2009, p. 261).

fato de que os bens primários não são constitutivos da liberdade, mas sim, meios para a liberdade. Para Sen, como dito anteriormente, mais importante do que ter liberdade é o que cada um é capaz de fazer com a liberdade e com os recursos que possui. Portanto, estes últimos devem ser pensados visando ao que eles podem proporcionar a cada um em termos de realização de suas expectativas ao longo da vida.

Dessa forma, a crítica central recai sobre a adequabilidade da base informacional dos bens primários para uma concepção política da justiça, tal como postulada por Rawls. A proposta de Sen é focar-se sobre os funcionamentos – *functionings* – e sobre as capacidades de cada um, pois é substancial a diferença entre possuir meios para a liberdade e a extensão da liberdade que cada um realmente possui. É preciso enfocar a igualdade de capacidade de funcionar.

Como coloca Vita (2008), os *functionings* são os estados e atividades valiosos (como estar adequadamente nutrido e vestido, estar livre de epidemias e da morte por doenças facilmente curáveis, ser alfabetizado, não ter vergonha de si, ter autorrespeito) a que o acesso é possibilitado pelos bens e recursos. Já a capacidade está dada pela liberdade de escolher entre as diferentes combinações de *functionings*.

“A noção normativa mais abrangente no enfoque de Sen, no entanto, não é de *functioning*, como tal, e sim de capacidade. As *functionings* constituem os ingredientes do bem-estar; e as *functionings* que uma pessoa consegue realizar (ou ter acesso) em sua vida definem o nível de bem-estar efetivamente alcançado. Mas o bem-estar alcançado não é, para Sen, uma medida suficiente da vantagem ou do benefício individual. As comparações interpessoais de vantagem deveriam se basear sobretudo na liberdade de alcançar bem-estar.” (VITA, 2008, p.98)

Assim, distingue-se *capacidade* – liberdade de fato – de *bens primários* e outros recursos, bem como de *realizações* – incluindo combinações de funcionamentos. Uma pessoa com deficiência pode ter os mesmos bens primários de alguém saudável, mas terá menos capacidade, assim como duas pessoas podem ter as mesmas capacidades

e fazer escolhas diferentes em termos dos funcionamentos que desejam realizar, de acordo com suas preferências pessoais.

Existem duas variações na relação entre os meios (bens primários) que uma pessoa possui e a realização de seus fins: uma diferença é a variação de fins, relacionada às diferentes concepções de bem que cada um pode ter (*inter-end, over ends and objectives*); a outra é inter-pessoal, é a variação entre recursos/meios e a liberdade de realizar seus fins (*inter-individual, relation between resources and freedoms*). Rawls lida, segundo Sen (1992), com o problema do pluralismo – a primeira variação – afirmando que as mesmas variações de bens primários atendem aos diferentes fins; já a segunda variação, para o autor, não pode ser reduzida à primeira, porque a liberdade que uma pessoa tem de realizar seus fins depende de quais são estes fins, bem como do poder que ela tem para realizá-los. (SEN, 1992, p.85)

Variações relacionadas a sexo, idade, características genéticas e a muitas outras singularidades nos dão poderes muito divergentes para a construção de nossas liberdades, mesmo quando todos temos acesso aos mesmos bens primários... Igualdade de liberdade de realizar nossos fins não é gerada pela igualdade de distribuição de bens primários. Precisamos examinar as variações interpessoais na transformação de bens primários na respectiva capacidade de realizar nossos fins e objetivos. Se estamos preocupados com igualdade de liberdade, é mais adequado perguntarmo-nos sobre seus meios ao invés de como alcançar a igualdade de seus resultados. (SEN, 1992, p. 86 - 87)²⁶

Em **The Idea of Justice** (2009), o autor argumenta que a “cegueira parcial” contida na perspectiva dos bens primários é, em parte, reconhecida por Rawls, pois

²⁶ Tradução minha, texto original em inglês: “Variations related to sex, age, genetic endowments, and many other features, give us very divergent powers to build freedom in our lives even when we have the same bundle of primary goods... Equality of freedom to pursue our ends cannot be generated by equality in the distribution of primary goods. We have to examine interpersonal variations in the transformation of primary goods (and resources, more generally) into respective capabilities to pursue our ends and objectives. If our concern is with equality of freedom, it is more adequate to ask for equality of it means than it is to seek equality of its results. Freedom relates to both, but does not coincide with either.” (SEN, 1992, p.86,87)

este recomenda que podem ser feitas correções na métrica dos bens primários que atendam a casos específicos, “necessidades especiais” como doenças ou deficiências. Entretanto, Amartya Sen lembra que:

“Tais correções não surgem na definição da estrutura institucional básica da sociedade no estágio constitucional, mas sim como algo que deverá emergir mais tarde, no uso das instituições já definidas, particularmente no estágio legislativo.” (SEN, 2009, p. 260)²⁷

Ademais, tal como aponta Martha Nussbaum (2006), como essas correções ocorreriam somente após a estrutura básica ser definida pelos princípios da justiça, esta não têm seu desenho influenciado por tais “necessidades especiais” de maneira alguma²⁸. Mesmo pensando no estágio da justiça seguinte, em que elas devem ocorrer ou em que tais necessidades são consideradas, o autor pontua que não há nada na argumentação de Rawls que nos recomende levar em conta a variação na capacidade de conversão destes bens em oportunidades entre as diferentes pessoas.

Limitações e deficiências facilmente identificáveis, como a cegueira, também são importantes, mas o autor lembra que existem outras variações que ocorrem de diferentes maneiras e níveis, como as relacionadas à propensão de algumas pessoas a desenvolver determinadas doenças, a condições epidemiológicas adversas e a diferentes níveis e formas de deficiências físicas e mentais. É a atenção a essas variações que torna o foco nos funcionamentos e nas capacidades essencial para pensarmos os arranjos e as realizações sociais.

A vantagem, segundo Sen (2009), da perspectiva proposta pela noção de capacidade repousa na sua relevância e na sua substantiva importância, pois seu foco está nos fins e não nos meios. Por esta razão, trata-se de uma abordagem que pode,

²⁷ Tradução minha, texto original: “These corrections come not on setting up 'the basic institutional structure' of the society at the 'constitutional stage', but as something that should emerge later on in the use of the institutions thus set up, particularly in the 'legislative stage'.”

²⁸ Sen observa: “Primary goods such as income and wealth rule supreme in setting up the institutional base dealing with distributional issues, through the role of the difference principle.” (2009, p. 261)

por exemplo, lidar melhor com a discriminação contra deficientes, que é mais sensível às variações individuais de funcionamentos - o que é importante para a democracia - e que é mais eficaz para orientar uma justa distribuição de serviços públicos, especialmente os de saúde e educação.

Em resposta à crítica de Sen, Rawls, em **Political Liberalism** (2005), assevera que está de acordo com a afirmação de Sen de que o uso dos bens primários deva ser sempre pensado considerando as capacidades dos cidadãos, mas ressalva que, mesmo que os cidadãos não tenham capacidades iguais, eles possuem, pelo menos em um nível correspondente ao minimamente requerido, capacidades morais, intelectuais e físicas que lhes permitem ser membros plenamente cooperativos da sociedade por toda a sua vida.

Rawls (2005) identifica quatro importantes variações de capacidade. São elas: (1) de competência moral e intelectual; (2) de competência física, incluindo os efeitos de doenças e acidentes; (3) variações entre as concepções de bem e (4) as variações de gostos e de preferências.

Considerando que cada cidadão é portador das capacidades essenciais para ser um membro ativo e que coopera com a sociedade, nenhuma dessas variações entre os cidadãos serão injustas e nem abrirão espaços para injustiças se os princípios da justiça e o índice de bens primários forem satisfeitos.

Sobre as variações em (1), Rawls (2005) coloca que elas são fruto de uma organização social que qualifica para a livre competição e para a meritocracia ao invés de garantir uma organização justa com igualdade de oportunidades, incluindo a igualdade de acesso a um sistema educacional justo e a regulação das desigualdades de renda e riqueza tal como proposto pelo princípio de diferença. Sobre as variações de concepção de bem (decorrências do pluralismo) indicadas em (3), Rawls afirma que a justiça como equidade é justa para com as diferentes concepções de bem e para com aqueles que as sustentam. As variações de gosto e preferências (4) são de responsabilidade de cada um. Assumir a responsabilidade por elas é o que se espera

dos cidadãos. Os casos em que os gostos e as preferências forem incapacitantes e não permitirem que a pessoa seja um membro que coopere normalmente com a sociedade devem ser vistos como necessidades médicas que requerem tratamento.

Com relação às variações (2) Rawls coloca que

“As variações que colocam certos cidadãos abaixo do limite em razão de doenças ou de acidente podem ser compensadas, ao que me parece, na etapa legislativa, quando as deficiências são conhecidas e, portanto, os custos de seus tratamentos podem ser avaliados e ponderados em função da verba governamental. O objetivo é, através dos serviços de saúde, recuperar as pessoas para que possam, novamente, cooperar plenamente como membros ativos da sociedade.” (RAWLS, 2005, p. 184)²⁹

Rawls argumenta que, para as variações citadas em (1), (3) e (4), a métrica dos bens primários é suficiente. Excetuam-se apenas aquelas situações nas quais doenças ou acidentes colocam os cidadãos em condições abaixo do desejado.

Essas variações podem ser corrigidas ou satisfeitas no estágio legislativo (argumento que, como já vimos acima, é insuficiente para Nussbaum e Sen, não resolvendo o problema colocado pelas variações), pois, aí, é possível aproveitar as informações disponíveis para construir um índice suficientemente flexível que permita que julgamentos justos possam ser feitos, tendo que um índice desse gênero deve levar em consideração as capacidades fundamentais, pois seu objetivo é o de garantir aos cidadãos que esses serão capazes de cumprir seu papel na sociedade: o de serem membros capazes de cooperar com ela. É também nesse momento que é possível discutir a parcela de recursos públicos que será destinada para atender a necessidades de saúde como as reclamadas por Amartya Sen.

²⁹ Tradução minha, original em inglês: “The variations that put some citizens below the line as result of illness and accident (once we allow for these) can be dealt with, I believe, at the legislative stage when misfortunes are known and the costs of treating them can be ascertained and balanced along with total government expenditure. The aim is to restore people by health care so that once again they are fully cooperating members of society.” (RAWLS, 2005, p.184)

Como já mencionado, Rawls lembra-nos, em **Political Liberalism** (2005), que, na justiça como equidade, dada a noção política de cidadão, os bens primários especificam quais são suas necessidades quando questões de justiça surgem. É essa noção política que nos permite visualizar quais bens primários são necessários. E, quanto à elaboração de um índice específico, alerta:

“Embora um índice desses bens possa ser formulado de maneira mais específica no estágio constitucional ou no legislativo e interpretado de maneira ainda mais específica pela justiça no estágio da aplicação da norma, este índice não tem como objetivo aproximar-se de ideias de vantagem racional ou de bem especificadas por uma compreensão (abrangente) não política. Diferentemente, um índice mais específico define, para casos mais concretos, o que é considerado como necessidade dos cidadãos, flexibilizando-se conforme as variações tornem necessário.” (RAWLS, 2005, p.188)³⁰

Esse cuidado deve-se ao fato de que os bens primários são recursos institucionais que, racionalmente, uma pessoa preferiria ter. Como assinala Vita (2008), o foco nos bens primários tem como intuito simplificar as comparações interpessoais em relação ao welfarismo utilitarista, pois, aqui, as avaliações de bem estar social têm por objeto comparar o acesso aos recursos institucionais e “não os níveis de êxito ou de felicidade alcançados pelos indivíduos ao colocá-los a serviço de seus planos de vida e fins.” (VITA, 2008, p.109).

Quanto às variações interindividuais, Rawls também argumenta que há uma divisão social da responsabilidade que se apoia na capacidade das pessoas de assumir a responsabilidade pelos próprios fins e moderarem as exigências que fazem às instituições de acordo com o emprego dos bens primários. Essa ideia está conectada à

³⁰ Tradução minha. Original no inglês: “While an index of these goods may be made more specific at the constitutional and legislative stage, and interpreted even more specifically at the judicial stage, the index is not intend to approximate an idea of rational advantage, or good, specified by a nonpolitical (comprehensive) conception. Rather, a more specific index defines for more concrete cases what are to count as citizens' needs, allowing as necessary for the variations.” (RAWLS, 2005, p.188)

noção de justiça procedimental pura, central tanto na teoria de Rawls quanto para concebermos a justiça da estrutura básica.

“A justiça é 'procedimental' quando não temos nenhum outro critério para avaliar moralmente resultados e posições específicos senão o de terem sido gerados pela aplicação consistente de um procedimento justo (...) Tratar a justiça distributiva em termos de 'justiça procedimental pura' não só reduz a complexidade das comparações interpessoais de vantagem, mas também abre lugar substancial para a responsabilidade individual.” (VITA, 2008, p. 111 - 112)

Álvaro de Vita (2008) observa que o critério de comparações pessoais proposto por Amartya Sen requer uma quantidade de informações individualizadas que dificilmente conseguiríamos organizar e colocar a disposição no espaço público. Quando nos deslocamos dos meios para a liberdade para aquilo que as pessoas são capazes de fazer com esses recursos, nos afastamos de uma interpretação de justiça distributiva concebida como uma forma de justiça procedimental pura. A isso, soma-se o fato de que “os fenômenos com base nos quais julgar a justiça de uma distribuição devem ser acessíveis a todos e passíveis de avaliação no fórum público.” (VITA, 2008, p.113)

O autor sugere que emendar a métrica rawlsiana de modo que ela acomode as exigências feitas por necessidades em saúde não trairia a proposta de Rawls, já que o *insight* moral central por trás da distribuição de bens primários é a ideia de capacitar as pessoas para serem membros cooperativos de um arranjo social bem ordenado. Para Vita (2008), a proposta de Sen nos é útil para determinar um “nível mínimo de capacidade de funcionar”, o que pode ser feito tomando como referência um pequeno número de *functionings* básicas. Para o autor, isso está de acordo com a justiça procedimental pura, “pois esse nível mínimo só seria sensível às variações interpessoais que dizem respeito a necessidades e capacidades de tipo padrão que certamente estão relacionadas ao status da cidadania”. (VITA, 2008, p.116)

Vita prossegue seu argumento, colocando que, apesar de não querer estabelecer um critério distinto do de Rawls, sua proposta, na realidade, é útil para estabelecermos um nível mínimo de capacidades de funcionar. As avaliações das variações existentes fora do limiar do espaço proposto por Sen ficam comprometidas pela falta de informação, pois o enfoque de capacidades não nos permite avaliar e, na prática, dissociar “aquilo que se deve a circunstâncias sociais e talentos naturais diferenciados daquilo que se deve a concepções do bem e planos de vida de cada um”. (VITA, 2008, p.118)

Neste caso, para o autor, a métrica dos bens primários rawlsiana oferece um fundamento normativo muito mais apropriado.

“Uma vez que o limiar do complexo minimamente decente de capacidade de funcionar tenha sido ultrapassado, é muito mais plausível lidar com as desigualdades remanescentes com base em uma noção de distribuição equitativa dos meios para a liberdade efetiva – oportunidades de adquirir as qualificações mais recompensadas, renda e riqueza – do que recorrendo à noção de Sen de igualdade de capacidade. Além disso, Sen ainda não fez um esforço consistente para mostrar que seu enfoque normativo sobre questões de desigualdade e pobreza não tem por implicação um “minimalismo” inaceitável (para aqueles que têm convicções igualitárias) que decorreria justamente desse foco em rol bastante reduzido de functionings básicas.” (VITA, 2008, p.119)

IV - O Valor da Saúde

Por que pensar a saúde como questão de justiça? Essa é a questão colocada por Norman Daniels (1996; 2008), que toma como ponto de partida para pensar a saúde como um bem fundamental a teoria da justiça como equidade e sua noção de bens primários. O autor também desenvolve uma crítica à perspectiva de Amartya Sen, exposta no capítulo anterior, sobre a base informacional dos bens primários, que apresentarei no decorrer da exposição. A argumentação que exporei a seguir está, majoritariamente, em dois livros de Norman Daniels: **Justice and Justification** (1996) e **Just Health** (2008). É interessante notar a evolução do pensamento do autor e como ele articula a importância moral fundamental da saúde com a teoria da justiça de John Rawls.

A primeira resposta apresentada à pergunta “Por que pensar a saúde como questão de justiça?” por Daniels (1996) é: porque a saúde é fundamental para garantir a plena participação das pessoas em sociedade e para que elas sejam capazes de realizar suas expectativas ao longo de suas vidas. Portanto, uma sociedade que não garante aos seus cidadãos condições de saúde, mais precisamente, de uma vida saudável, será invariavelmente injusta, pois não assegurará a todos as mesmas condições e oportunidades para realizarem de suas vidas algo valioso, nem de desenvolverem as condições necessárias para se tornarem cidadãos plenos e cooperativos.

Saúde é entendida por Daniels (1996) como ausência de doença, incluindo deficiências provenientes de acidentes. Doenças são desvios na *organização funcional normal* de um organismo típico de determinada espécie, funções que, no caso dos seres humanos, habilitam-nos e permitem que realizemos nossos objetivos enquanto seres sociais. Portanto, as variações cognitivas, emocionais, e doenças mentais devem ser consideradas.

Embora essa definição de saúde seja estreita – o que, assim como uma definição muito abrangente, também provoca controvérsias, é interessante observar que, para atendê-la, é necessária uma considerável gama de serviços sociais e de saúde, conforme assinala Daniels (1996). São eles: (1) nutrição e abrigo apropriados; (2) um lugar saudável para morar e trabalhar, despoluído e que atenda às exigências sanitárias,; (3) exercício físico, descanso, lazer; (4) serviços de saúde que trabalhem prevenção, cura e reabilitação e (5) serviços pessoais e de saúde que deem suporte aos serviços médicos.

Em **Just Health**, Daniels mantém a noção de saúde como o funcionamento normal de uma espécie. O que o autor acrescenta em sua argumentação, tornando a lista acima mais apropriada para a sua definição de saúde, é que esta não é incompatível com uma determinação mais abrangente de saúde. Ela demanda , conforme o autor, uma série de bens e serviços que são *necessários*³¹ para a manutenção de nosso funcionamento ao longo de nossas vidas, bens e serviços que o autor denomina necessidades em saúde (*health needs*).

Dessa forma, determinados bens e serviços são necessários para manter não somente nosso funcionamento como também nosso *leque normal de oportunidades* (*normal opportunities range*), ou seja, as diferentes opções de planos de vida que pessoas razoáveis desejariam para si, o que também depende das características de uma sociedade, de sua história, das condições materiais de bem estar, de seu desenvolvimento tecnológico e sua cultura, aspectos relevantes para considerações sobre saúde.

Por isso, uma política de saúde deve ser pensada de maneira intersetorial. À lista apresentada acima, Daniels (2008) acrescenta mais um item: (6) uma distribuição adequada de outros determinantes sociais da saúde³². Sua justificativa reside no fato

³¹ Daniels assinala que o termo necessidades é utilizado para ressaltar que o que importam não são as preferências individuais das pessoas acerca de sua saúde, ou sobre o que consideram importante para ter saúde, pois sua teoria e como a de Rawls não são abordagens welfaristas.

³² Esta ampliação se coaduna com a definição de saúde e com o debate sustentado pela Organização Mundial da

de que a intenção dessa lista é tornar mais abrangente a forma de considerar a saúde, apontando para uma relação entre preservar a saúde (mantendo um funcionamento normal) e os bens, serviços e instituições que influenciam na saúde e em sua distribuição.

Importante observação feita por Daniels (1996) é a de que não há em Rawls nenhuma teoria distributiva da saúde porque, para ele, ninguém está doente: a falta de condições de saúde não está dada por uma sociedade bem ordenada, pautada pelos princípios da justiça como equidade. O autor observa que a teoria é idealizada para indivíduos normais, ativos e plenos durante o curso de suas vidas em sociedade.

Considerando as reais condições de nossas sociedades, como vimos, a lista de Rawls parece-nos ser truncada desde que assumamos que pessoas que possuem o mesmo índice de bens podem apresentar entre si diferenças que implicarão em desigualdades se uma destas não tiver plenas condições de saúde. Ponto que, como vimos, também é apontado por Sen.

Em **Justice and Justification** (1996), Daniels assinala que esse fato não se apresenta como razão para desqualificarmos a importância dos bens primários, de modo que tratar serviços de saúde como um importante bem primário é uma maneira de abandonar a generalidade do índice. Para o autor, a extensão da lista de bens primários não significa uma violência à teoria de Rawls desde que movamos nosso foco da posição original para os estágios constitucional e legislativo, momentos nos quais os bens primários podem ser debatidos e estendidos de diversas formas.

Nesse livro, o autor ressalta que dessa forma, é lógico, corre-se o risco de criarmos uma lista de bens extremamente extensa se começarmos a incluir vários outros bens. Entretanto, não é possível dizer que, se garantirmos uma justa distribuição dos bens primários, tais como propostos por Rawls, isso será suficiente para que as pessoas possam usar sua parte para comprar bons seguros de saúde.

Some-se a isso o fato de que os bens primários de renda e riqueza não devem ser

compreendidos apenas como bens privados. A provisão de certos bens públicos, como condições de saneamento, ar limpo e água potável, é de extrema importância para garantir condições de saúde à população e pode ser contada como parte dos bens individuais, de cada cidadão. O mesmo pode ser feito, *ex ante*, com reivindicações individuais e coletivas por determinados serviços de saúde e *ex post* com reivindicações por serviços dos quais uma pessoa de fato dependerá como decorrência de doenças ou acidentes. Mas não podemos interpretar essas reivindicações como mero suplemento aos bens e riquezas dos mais desfavorecidos,

“Ao contrário, esta forma de renda e riqueza - sistemas de saúde com este desenho – é necessária se quisermos garantir que a igualdade equitativa de oportunidades seja assegurada e que os cidadãos sejam mantidos dentro da normalidade atuando plenamente como membros da sociedade.” (DANIELS, 1996, p. 216)³³

Dessa forma, argumenta Daniels (1996), incluir instituições que garantam serviços de saúde dentre as instituições básicas responsáveis por garantir iguais oportunidades a todos é totalmente condizente com a principal preocupação de Rawls, de reduzir as arbitrariedades dadas pelo nascimento e pela posição de cada um na sociedade, arbitrariedades que são moralmente inaceitáveis. Para reduzir essas desvantagens dadas pela loteria social (e natural), várias providências podem ser tomadas, tais como as das políticas educacionais, cujo objetivo é restaurar a igualdade de oportunidades.

Assim, se é importante usar recursos para reduzir tais desigualdades, assegurando acesso aos cargos e seus poderes (como coloca Rawls (2008)), então:

“É igualmente importante usarmos recursos para medir as desvantagens naturais provocadas por doenças (e, desde que a diferenciação social de classe seja considerada significativa para as causas das doenças,

³³ Tradução minha, original em inglês: “Rather, this form of income or wealth – the health care system with this design – is necessary if fair equality of opportunity is to be assured and citizens are to be kept normal, fully functioning members of society.” (DANIELS, 1996, p. 216)

somos lembrados que doença não é somente um produto de um componente natural da loteria). Sistemas de saúde têm como objetivo a manutenção do nível normal de funcionamento. Então, se concentram em uma específica classe de desvantagens óbvias e tentam eliminá-las. Essa é a sua limitada contribuição para a garantia da igualdade equitativa de oportunidade.” (DANIELS, 1996, p. 193)³⁴

Para adequar a abordagem da saúde como um bem primário à justiça como equidade, o autor assinala que, para decidir sobre os princípios e normas dos sistemas de saúde, é preciso que tenhamos conhecimento sobre fatos acerca da sociedade e dos indivíduos, ou seja, é preciso que o véu da ignorância presente no primário estágio da justiça seja retirado. Essas decisões precisam ser tomadas não considerando os gostos e as preferências das pessoas, mas sim, como pontua Rawls, levando em conta que o que se tem são pessoas livres para elaborar e revisar seus planos de vida. Conseqüentemente, essas pessoas têm interesse em que as condições para tal sejam garantidas e mantidas ao longo de suas vidas.

Desse modo, as instituições de saúde devem ser submetidas ao princípio de igualdade equitativa de oportunidades como maneira de manter esta noção o mais próximo possível da maneira como Rawls construiu sua teoria.

No livro **Just Health** (2008), Daniels retoma essa questão, ressaltando que sua extensão da teoria de Rawls recai sobre o princípio de Igualdade Equitativa de Oportunidades e que a integração da saúde à lista de bens primários deve ser feita a partir de uma modificação na concepção de oportunidade.

Ainda que os indivíduos sejam saudáveis, a parcela de cada indivíduo do leque de oportunidades não será igual, mesmo quando a estrutura social é justa para com os indivíduos. O princípio de Igualdade Equitativa de Oportunidade não implica o

³⁴ Tradução minha, original em inglês: “...it is equally important to use resources to counter the natural disadvantages induced by disease (and since class-differentiated social conditions significantly to the etiology of disease, we are reminded disease is not just a product of the natural component of the lottery)... Health care has its goal normal functioning and so concentrates on a specific class of obvious disadvantages and try to eliminate them. That is its limited contribution to guaranteeing fair equality of opportunity.” (DANIELS, 1996, p.193)

nivelamento das diferenças surgidas das assimetrias de talentos e habilidades. “O objetivo do princípio de igualdade equitativa de oportunidades é restaurar um leque equitativo de oportunidades tal qual ao que os indivíduos teriam acesso se os arranjos sociais fossem mais justos ou menos desiguais.”³⁵ (DANIELS, 2008, p.44)

O mesmo objetivo está presente quando falamos em proteger oportunidade em face das doenças e deficiências podem restringir a oportunidade individual relativa a que o indivíduo teria acesso se fosse saudável ao limitar a parcela do leque normal de oportunidades referente aos talentos e habilidades de cada indivíduo. Esse argumento fica mais claro quando lembramos que a parcela normal do leque de oportunidades de cada indivíduo é aquela correspondente aos sonhos e planos de vida que cada um escolher e que o nível de saúde e a distribuição da saúde de/em uma população é resultado de fatores sociais que podem ser controlados.

“Manter o funcionamento normal através do acesso a bens e serviços de saúde tem um efeito particular e limitado sobre as parcelas individuais do leque normal. Isso permite aos indivíduos desfrutarem da parcela a que têm acesso, através de seus talentos e habilidades, neste leque considerando que esse acesso não é restringido por outras desvantagens sociais. Esse fato não sugere que devemos eliminar ou nivelar diferenças naturais que funcionam como um delimitador da porção do leque normal ao qual os diferentes indivíduos terão acesso. Entretanto, quando diferenças entre talento e habilidades são resultado de patologias, e não de uma variação normal, devemos empreender, de acordo com nossos recursos, esforços para corrigir os efeitos da ‘loteria natural’.” (DANIELS, 2008, p.45)³⁶

³⁵ Tradução minha, original em inglês: “The intuition behind fair equality of opportunity is to restore the fair opportunity range for individuals to what they would have if social arrangements were more just and less unequal.” (DANIELS, 2008, p.44)

³⁶ Tradução minha, original em inglês: Maintaining normal functioning by meeting health needs, including providing health care, has a particular and limited effect on individuals' shares of the normal range. It lets them enjoy that portion of the range to which their skills and talents would give them access, assuming that these too are not impaired by special social disadvantages. It does not presume that we should eliminate or level natural individual differences, which act as a baseline constraint on individuals' enjoyment of the normal range. Where, however, differences in talent and skills are the result of pathology, not merely normal variation, we should make, resources permitting, some effort to correct for the effects of the 'natural lottery'” (DANIELS, 2008, p.45)

A respeito da noção de justa distribuição do leque normal de oportunidades, Daniels (2008) assinala que, primeiramente, é preciso considerar que determinadas patologias têm um efeito mais sério sobre a realização das expectativas dos indivíduos do que outras e que esse efeito nos proporciona uma medida crua da importância de garantirmos determinados serviços e bens em saúde, medida que tem que ser complementada com procedimentos justos para a decisão acerca da alocação de recursos; em segundo lugar, que medir o impacto da doença sobre a oportunidade tomando como referência a parcela do leque normal de oportunidades de cada indivíduo ao invés de fazê-lo com referência as restrições da doença sobre sua parcela efetiva permite-nos abstrair as concepções individuais do bem e/ou dos planos de vida de cada um. Dessa maneira, evitamos ter que decidir quem terá acesso a serviços médicos com base na ocupação profissional dos indivíduos, o que nos levaria a recorrer a concepções individuais do bem, por exemplo.³⁷

A importância moral da saúde – que reside no reconhecimento de sua relevância para a manutenção do funcionamento normal de um organismo e na proteção de nosso leque de oportunidades – não é um argumento que, por si só, sustenta uma abordagem da saúde em termos de justiça. É preciso uma justificativa do porquê a saúde deve ser compreendida enquanto uma questão de justiça. Essa justificativa Daniels busca na teoria da justiça como equidade, estendendo-a para a saúde:

“Se a teoria geral de Rawls estiver correta, então, somada a minha extensão desta para a saúde, ela fornecerá uma justificativa plausível para o estabelecimento de uma escala objetiva de bem estar que inclua bens de saúde e para que nos propicie uma obrigação de justiça em proteger a oportunidade^{38, 39}” (DANIELS, 2008, p.47)

³⁷ A oportunidade efetiva é entendida por Norman Daniels como a parcela que cada indivíduo conquista levando em consideração seus planos de vida e o desenvolvimento de determinadas habilidades de acordo com estes, o que representa apenas uma parte do leque de oportunidades disponível.

³⁸ E, portanto, a saúde.

³⁹ Tradução minha, original em inglês: “If Rawls' general theory is correct, then, with my extension of it to health,

Antes de vermos como Daniels realiza essa extensão, ressalto que tanto a abordagem dele como a de Rawls são perspectivas que se colocam contra as abordagens welfaristas de bem estar. O índice de bens primários de Rawls é uma tentativa não-welfarista de estabelecer um meio objetivo para determinar aqueles que estão em melhores e os que estão em piores condições para julgamentos de justiça.

São vários os fatores gerais sobre as necessidades e habilidades humanas que contam para que possamos determinar quais são os bens que importam e que podemos, portanto, chamar de bens primários. Para defini-los, também é preciso que tenhamos uma ideia do papel que esses bens cumprem na determinação de nossos planos de vida. Por isso, assinala Daniels, a noção de bens primários depende de uma abordagem normativa da natureza das pessoas.

Essas pessoas são vistas por Daniels (2008) como cidadãos livres e iguais. Cidadãos não portadores de patologias, que têm um senso de justiça e que buscam termos justos de cooperação para resolver reclamos conflitantes. É justamente a convergência das noções de igualdade e liberdade que provê as bases sobre a qual decidir a respeito de suas necessidades a partir de uma lista objetiva de bens primários.

A respeito do conceito de Igualdade Equitativa de Oportunidades, Daniels (2008) ressalta que a noção de igualdade de oportunidades liberal já estava presente nos primórdios do capitalismo, quando ficou claro que a estrutura feudal que definia as oportunidades a partir do nascimento das pessoas em determinada classe social não era favorável ao funcionamento e à eficiência do mercado. Entretanto, a noção de Rawls de carreiras abertas a talentos tem uma força que os demais argumentos liberais não têm, pois vai além da igualdade formal ao requerer uma igualdade equitativa – justa – de oportunidades, o que exige fortes medidas para mitigar os efeitos de outras desigualdades, como as advindas de arbitrariedades da loteria natural, no

it provides one plausible justificatory framework for relying on an objective scale of well-being that includes health needs and for our having an obligation of justice to protect opportunity.” (DANIELS, 2008, p.47)

desenvolvimento de talentos e habilidades. Além disso, requer que sejam assegurados procedimentos justos, pois é a justiça dos procedimentos que produzirá resultados justos, mesmo que desiguais.

Ao unir o princípio da Igualdade Equitativa de Oportunidades com o da Diferença, Rawls fornece-nos uma noção de “Equidade Democrática”, pois, juntos, esses princípios asseguram que empregos e carreiras estão abertos a todos e que as desigualdades permitidas entre cidadãos livres e iguais funcionam para a vantagem de todos. Não é a sociedade quem proporciona e é responsável pelo desenvolvimento de talentos e habilidades, mas sim cada indivíduo que o faz, considerando que estes já têm suas liberdades básicas protegidas.

Daniels (2008) assinala que, obviamente, trata-se de mitigar as desigualdades e que, mesmo assim, os dois princípios juntos têm uma forte tendência a equidade, já que impõe limites às desigualdades que serão permitidas, embora

“...não haja limite absoluto sobre quais desigualdades serão permitidas pelo princípio da diferença, sua combinação com os demais princípios e a prioridade que lhes é atribuída sugere que teremos menos desigualdades em uma sociedade governada pela justiça como equidade do que o princípio da diferença sozinho poderia proporcionar.” (DANIELS, 2008, p. 55)⁴⁰

Além destes pontos, Daniels (2008) destaca que os princípios de igualdade equitativa de oportunidades e de diferença fornecem uma melhor base social para o desenvolvimento do autorrespeito, pois princípios de justiça envolvem um reconhecimento público e

“estabelecem uma base pública sobre a qual perceber os outros como

⁴⁰ Tradução minha, original em inglês: “...there is no absolute limit on the amount of inequality allowed by the difference principle, its combination with other principles and the priority that is given to them suggest that we would see much less inequality in a society governed by justice as fairness than the difference principle alone might allow.” (DANIELS, 2008, p.55)

merecedores de respeito. Esse reconhecimento público dá suporte ao autorrespeito. Princípios fortes informam que a sociedade está comprometida com termos de cooperação justos, que não julgam se as pessoas são merecedoras de respeito apenas pelos talentos e habilidades que levam ao mercado. Ao contrário, garantem às pessoas condições justas sobre as quais desenvolver suas capacidades.” (DANIELS, 2008, p.56)⁴¹

Norman Daniels (2008) argumenta então que sua extensão da teoria de Rawls poderia ser feita simplesmente adicionando a saúde ao índice de bens primários, já que pessoas com índices iguais não terão as mesmas chances de desenvolver suas vidas com a mesma qualidade se tiverem necessidades em saúde diferenciadas.

Entretanto, adicionar outros itens à lista de bens primários para torná-la mais abrangente não é o melhor caminho. Adicionando-os , principalmente os específicos, corremos o risco de perder de vista nossa concepção política sobre quais itens/bens os cidadãos necessitam.

“Outra razão para termos cuidado é que, adicionando itens, será cada vez mais difícil estabelecer um índice. Torna-se mais difícil evitar problemas complexos de comparação interpessoal que enfrentam questões mais abrangentes de satisfação e bem estar.” (DANIELS, 2008, p. 56)⁴²

Por isso, a conexão de necessidades em saúde com os bens primários se faz ampliando-se a noção de oportunidades de Rawls através da inclusão de instituições de saúde responsáveis por prover serviços de saúde dentre as instituições da estrutura básica da sociedade responsáveis pela igualdade equitativa de oportunidades. Essa

⁴¹ Tradução minha, original em inglês: “They establish a public basis for viewing others as worthy of respect. This public recognition supports self-respect. The stronger principles say that society is committed to fair terms of cooperation that do not judge people's worth solely by talents and skills they bring to the market; rather, they give people fair conditions under which to develop their capacities.” (DANIELS, 2008, p.56)

⁴² Tradução minha, original em inglês: “Another reason for caution is that adding items makes it harder to establish an index. It becomes more difficult to avoid the complex problems of interpersonal comparison that face broader measures of satisfaction or welfare.” (DANIELS, 2008, p.56)

também é uma maneira de manter a abordagem da saúde o mais próximo possível da idealização original de Rawls.

Daniels (2008, p.56) ressalta que os bens primários referem-se a bens mais gerais e abstratos, portanto, saúde não é um bem primário, assim como comida, roupas, moradia, proteção e outras necessidades básicas não o são. “*Mas a oportunidade, e não serviços de saúde ou educação, permanece o bem social primário.*”⁴³

Adicionando itens especialmente específicos ao índice, perdemos de vista nossa concepção política compartilhada, sobre as necessidades dos cidadãos. Da mesma forma que devemos usar recursos para mensurar as vantagens em oportunidades asseguradas pela loteria natural e social, também devemos usá-los para mensurar as desvantagens induzidas por patologias.

“Nós precisamos garantir necessidades em saúde, incluindo serviços de saúde. Condições sociais – incluindo desigualdades de classe, de gênero, de raça e de etnia que incidem sobre a obtenção de diversos bens – contribuem significativamente com a distribuição de doenças e deficiências. Muitas delas não são apenas um produto direto da loteria natural, mas são, também, influenciadas pela loteria social. Justamente porque os determinantes sociais da saúde têm um claro efeito sobre a saúde da população e sua distribuição, a saúde não pode ser considerada um bem tão natural, apesar de tudo.” (DANIELS, 2008, p.58)⁴⁴

Daniels (2008) assinala que garantir bens e necessidades em saúde não objetiva eliminar ou nivelar todas as diferenças naturais entre as pessoas, mas sim promover o funcionamento normal (*normal functioning*), pois se concentra em uma classe de

⁴³ Tradução minha, original em inglês: “But opportunity, not health care or education, remains the primary social goods.” (DANIELS, 2008, p.57)

⁴⁴ Tradução minha, original em inglês: “We must meet health needs, including health-care needs. Social conditions – including class, gender, race, and ethnic inequalities in obtaining various goods – contribute significantly to distribution of disease and disability. Much disease and disability is not simply a product of natural lottery but is influenced by the social lottery as well. Because the social determinants of health have a clear effect on population health and its distribution, health is not so natural a good after all.” (DANIELS, 2008, p.58)

desvantagens e busca eliminá-las. Da mesma forma, o princípio da igualdade equitativa de oportunidades aplicado a bens em saúde busca garantir que as pessoas vivam dentro do nível de funcionamento normal da espécie assegurando então o leque de oportunidades ao qual elas teriam acesso de fossem saudáveis.

O autor ressalta que sua abordagem baseia-se no argumento de que instituições que garantem saúde têm um significativo impacto na vida das pessoas e na parcela de cada um no leque de oportunidades, por isso, devem ser orientadas pelo princípio da oportunidade. Ademais, o princípio de igualdade equitativa de oportunidades não requer nivelar todas as diferenças entre as pessoas: ele é equitativo, pois visa a eliminar certos impedimentos à oportunidade para todos, como as discriminações que impedem o acesso a carreiras e as restrições ao funcionamento normal, posto que parcelas justas não significam parcelas iguais.

Assumindo que os efeitos da loteria social já foram corrigidos, são as variações individuais de talento que determinarão as diferenças e, portanto, as parcelas de cada um, correção que está dada pela busca por uma distribuição justa, e não meramente formal, de igualdade de oportunidades.

Segundo Daniels (2008), muitos dos traços centrais da teoria de Rawls são mantidos em sua extensão.

O primeiro deles é o que nos permite traçar um paralelo entre educação e saúde. Ambas são estrategicamente importantes para a garantia da igualdade equitativa de oportunidades, pois se referem a bens que não são igualmente distribuídos. Além disso, esses dois bens distinguem-se de outras necessidades básicas, como comida, porque sua distribuição ainda é mais desigual. Para o autor, o argumento que Rawls constrói sobre a educação já é suficientemente abrangente e permite a inclusão da saúde em sua teoria, pois a mesma justificativa apresentada por Rawls para a inclusão da educação pode ser estendida para a saúde.

O segundo é o nível de abstração através do qual se definem necessidades em saúde. Na teoria da justiça como equidade, Rawls submete a escolha de seus

princípios a uma situação hipotética com uma rígida demanda, a de que as escolhas dos contratantes devem ser feitas sob o artifício do véu da ignorância, o que os impede de tomar decisões que venham a favorecer seus interesses específicos e garante que suas decisões reflitam sua identidade enquanto agentes livres e moralmente iguais. Entretanto, a escolha de princípios que fundamentem as decisões que devem ser tomadas acerca dos sistemas e serviços de saúde e sobre a alocação de recursos deve ser feita sob um véu da ignorância mais fino do que o idealizado por Rawls, pois, para tal, são necessárias tanto informações sobre a sociedade quanto a distribuição de recursos.

Dessa forma, o uso do artifício de um *leque normal de oportunidades* tem o efeito da imposição de um véu da ignorância que propicie o necessário acesso a informações que são fundamentais para a tomada de decisões em saúde. É preciso lembrar que a justa parcela dos indivíduos do leque normal de oportunidades é definida com relação aos talentos e habilidades que estes teriam de acordo com um funcionamento normal. Além disso, essa parcela inclui tudo aquilo que os indivíduos selecionariam de maneira razoável, não somente o que eles de fato podem selecionar.

Em última instância, o uso do véu como recurso teórico depende da definição de pessoa sustentada pela teoria. No caso da teoria rawlsiana, trata-se pessoas livres e iguais. A questão central aqui é que as pessoas não são definidas apenas por seus interesses, mas por serem livres para e capazes de revisar seus planos de vida.

“Dessa maneira, eles têm um interesse fundamental em manter as condições sob as quais eles podem revisar seus planos de vida com o passar do tempo. Esse interesse fundamental significa que serviços de saúde devem ter como objetivo o funcionamento normal, e não selecionar dentre os funcionamentos mais importantes definidos por escolhas individuais realizadas no passado sobre seus planos de vida.” (DANIELS, 2008, p.61)⁴⁵

⁴⁵ Tradução minha, texto original: “Therefore, they have a fundamental interest in maintaining conditions under which they can revise their life plans as time goes on. This fundamental interest means that health care should

O terceiro e último traço central da teoria de Rawls, segundo Daniels (2008) é que manter as instituições e sistemas de saúde sob o princípio da oportunidade deve ser visto como uma maneira de manter a abordagem o mais próximo possível da própria teoria, cuja idealização original assenta-se na preocupação com pessoas plenas e normais e suas expectativas de vida. Daniels argumenta que devemos pensar, então, em instituições de saúde que corrijam nossos pontos de partida para que cheguem o mais próximo da normalidade.

Algumas abordagens, como a da medicina preventiva, parecem aproximar-se do ideal rawlsiano, já que, aqui, incluímos instituições voltadas para a garantia da saúde pública e para a manutenção de um meio ambiente saudável; serviços médicos voltados para a prevenção, segurança e saúde ocupacional; acesso a alimentação, a medicamentos, a educação e a demais bens e políticas que promovam a responsabilidade individual a respeito de um estilo de vida saudável.

Mas as instituições que necessitamos para garantir acesso ao nosso leque normal precisam garantir o atendimento médico individualizado, a saúde mental das pessoas e os serviços de reabilitação que restabeleçam o funcionamento normal. Nem sempre é possível curar, por isso precisamos de serviços e instituições que mantenham aqueles que precisarem o mais próximo possível do normal, instituições que disponibilizem tais serviços também aos portadores de doenças crônicas, aos incapacitados e aos idosos em condições frágeis.

Além disso, Daniels defende que serviços de saúde e que os serviços e políticas sociais a eles relacionados devem ser oferecidos às pessoas mesmo quando estas não possam (ou têm apenas chances remotas de) ser recuperadas e levar suas vidas dentro do nosso padrão de normalidade, como nos casos dos doentes terminais ou de graves doenças mentais. O que significa que

aim at normal functioning and not select for those functions most important to individuals' past choice about plans of life.” (DANIELS, 2008, p.61)

“Cada elemento da política de saúde corrige de maneira particular cada tipo de desvio da idealização rawlsiana de que todas as pessoas são normais. É melhor prevenir que curar e é melhor curar do que compensar funções perdidas. Mas todas essas instituições e serviços são essenciais se o objetivo é garantir a igualdade equitativa de oportunidades.” (DANIELS, 2008, p.62)⁴⁶

Em suma, para Daniels (2008), a saúde tem importância moral porque proteger o funcionamento normal ajuda a proteger o leque de oportunidades aberto às pessoas, de modo que uma desigualdade em saúde pode ser considerada injusta quando ela resulta de uma injusta distribuição dos determinantes sociais da saúde.

A saúde, segundo essa perspectiva, não é produzida apenas pelo acesso a medicina preventiva e a tratamentos de doenças, mas também por uma série de fatores de difícil mensuração presentes na experiência de vida das pessoas. Entretanto, como os efeitos das desigualdades em saúde se fazem mais presentes nos países pobres do que nos países ricos, a tendência é acharmos que a pobreza e a privação as explicam. O fato, no entanto, é que, segundo Daniels, os efeitos do status socioeconômico também estão presentes nos países ricos e naqueles em que o acesso universal à saúde é garantido.

É sabido que desigualdades raciais, étnicas e de gênero acarretam disparidades em saúde, o que, obviamente, não significa que essas desigualdades em si são a causa de determinadas desigualdades em saúde, mas sim que há uma relação entre elas. Para saber quando uma desigualdade é a causa de outra, é preciso conhecer os mecanismos pelos quais ela funciona. Ou seja, precisamos reconhecer que, embora condições precárias de saúde ou doenças acarretem uma baixa renda (em razão de sua incidência sobre a capacidade de auferir renda), o fator “condições de saúde”

⁴⁶ Tradução minha, original em inglês: “Each element of health policy corrects in a particular way for a type of departure from the Rawlsian idealization that all people are functionally normal. It is better to prevent than to cure and better to cure than to compensate for lost functioning. But all these institutions and services are needed if fair equality of opportunity is to be guaranteed.” (DANIELS, 2008, p.62)

explica apenas uma parte da relação entre baixa renda e doenças, o que nos mostra que “temos boas razões para supor a existência de mecanismos que funcionam no sentido contrário, das desigualdades socioeconômicas à diferenças em saúde.” (Daniels, 2008, p.80)

Ao nos movermos das desigualdades socioeconômicas para desigualdades em saúde, estamos enfrentando fatores que são socialmente controláveis e que são, portanto, uma questão de justiça distributiva.

O autor (DANIELS, 2008) ressalta que existem quatro fatores que precisam ser levados em consideração ao falarmos dos determinantes sociais da saúde:

Primeiro, os níveis de saúde e de bem estar não são resultado direto de uma política econômica específica, mas sim, são influenciados por escolhas de políticas sociais. A riqueza das nações é sempre um fator importante quando se trata dos determinantes da saúde, mas as decisões institucionais acerca das políticas sociais importam tanto quanto ela, principalmente nos países mais pobres.

A relação entre desenvolvimento econômico e saúde não é fixa⁴⁷, a saúde de uma nação é influenciada por sua cultura, organização social e políticas governamentais, estes fatores são importantes tanto para explicar as desigualdades internas quanto as desigualdades entre as nações. Isso soma-se ao fato de que tais variações são importantes do ponto de vista da justiça social.

Segundo, o gradiente em saúde não é resultado apenas da pobreza ou de privações, pois as diferenças em saúde estão presentes em todos os espectros socioeconômicos e entre os membros do mesmo espectro, mesmo nas sociedades com cobertura universal de saúde e políticas de welfare.

O gradiente socioeconômico de saúde é composto por diferentes fatores, como renda, educação e classe social, e cada um deles interfere de maneira diferente nos

⁴⁷ Daniels mostra que embora as diferenças entre o Produto Interno Bruto e, do PIB per capita, entre Estados Unidos e Costa Rica sejam imensas a expectativa de vida na Costa Rica é praticamente a mesma que nos EUA, este último, apesar de ser uma das nações mais ricas do mundo apresenta baixos índices em saúde. (DANIELS, 2008, p.84)

resultados em saúde. Considerando, por exemplo, que renda e riqueza influenciam no gradiente socioeconômico de saúde, o gradiente é maior nas camadas sociais de menor renda e riqueza enquanto é consideravelmente menor nas camadas mais ricas.

“Essa concavidade do gradiente mostra que transferir recursos daqueles que se encontram em melhor situação (*best-off*) para aqueles que estão nos grupos em piores condições quanto ao gradiente socioeconômico (*worst-off*) pode melhorar os índices de saúde e ter baixo ou até mesmo nenhum impacto negativo sobre aqueles que estão em melhores condições.” (DANIELS, 2008, p.85)⁴⁸

Entretanto, o gradiente não pode ser explicado somente pelo acesso a serviços de saúde, pois pessoas com o mesmo nível de renda e o com mesmo nível educacional podem ter diferentes resultados em saúde provocados por suas escolhas profissionais, por exemplo, que podem expô-las ao risco físico ou torná-las emocionalmente mais vulneráveis.⁴⁹

Terceiro, mesmo sabendo que as diferenças de renda colaboram para aumentar a distância entre os gradientes em saúde, ainda há muita controvérsia em torno de quanto o gradiente em saúde é afetado pelas diferenças de renda de uma sociedade.

É verdade que, quando se fala na riqueza de uma nação, o que importa não é “o tamanho do bolo”, mas sim como o bolo está dividido entre as pessoas. Mas, no caso dos países desenvolvidos, não é a miséria e a absoluta privação que dela decorre – ausência de condições básicas, como água limpa, nutrição e abrigo adequado, condições sanitárias adequadas – que explicam as diferenças em saúde, mas sim, a privação relativa, que se refere às fontes do autorrespeito essenciais para uma participação plena em sociedade.

Desigualdades de renda corroem a coesão social, diminuem a confiança no social

⁴⁸ Tradução minha, texto original: “This concavity of gradient means that transfers of resources from the best-off to the worst-off SES group would improve aggregate health and would have little negative effect, if any, on the best-off groups.” (DANIELS, 2008, p.85)

⁴⁹ Também é importante ressaltar que o gradiente varia substancialmente de uma sociedade para a outra.

e reduzem a participação em organizações civis, resultando em menor participação política e enfraquecendo o compromisso das instituições do governo com o atendimento das demandas daqueles que se encontram em piores condições. “Estados com altos índices de desigualdade, com baixos níveis de capital social e participação política não provêem redes de segurança social.” (Daniels, 2008, p.89)

Quarto, existem hipóteses razoáveis que apontam para alguns padrões sociais e psicológicos que afetam as desigualdades em saúde.

4. 1 - Resposta à crítica de Amartya Sen

Em resposta à crítica de Sen, Daniels buscou, em **Justice and Justification** (1996), por um lado, demonstrar que a lista de bens primários é flexível e, por outro, sobre a crítica à prioridade dada para a liberdade, argumentou que a justiça como equidade está, sim, comprometida com a manutenção das capacidades de cada indivíduo.

Como vimos anteriormente, o problema, para Sen, reside no fato de que Rawls foca-se no espaço errado quando toma como alvo para questões de justiça a distribuição de bens primários, pois, para ele, o espaço deveria ser o das capacidades. Para Daniels (2008), essa diferenciação que Sen faz entre o foco na distribuição de bens e nas nossas capacidades é mais aparente do que real, principalmente quando considerações sobre saúde, tal como a que ele propõe, são incorporadas à teoria de Rawls.

Daniels (1996) apontou que Sen tece sua crítica à Rawls baseado nas variações decorrentes de doenças e deficiências e que o autor não menciona outra importante variação com a qual Rawls lida, decorrente das diferenças de habilidades técnicas e de talento. Talvez porque Sen saiba que não há como eliminá-las, provavelmente seguiria o mesmo caminho que Rawls, o de buscar mitigá-las dentre aqueles que possuem os mesmos talentos garantindo-lhes as mesmas oportunidades para desenvolvê-los, mas

não o faz.

De modo mais específico, Daniels (2008) aponta que, para Amartya Sen, nós devemos reconciliar nossas preocupações sobre eficiência e igualdade para que possamos alcançar aquilo que a justiça requer de nós, o que significa que a justiça não requer, de modo algum, que tenhamos igualdade de capacidades. “Ao contrário, considerações de liberdade, ou de eficiência podem requerer que permitamos algumas desigualdades para então mitigar seus efeitos moralmente arbitrários”. (DANIELS, 2008, p.67)⁵⁰

A abordagem de Rawls mostra, então, que as variações de talento resultantes, em uma sociedade cuja estrutura básica atenda ao princípio da diferença, deverão funcionar a favor de todos, o que se espera de uma democracia igualitária.

“A realização da igualdade equitativa de oportunidades não requer que nivelemos todos os diferentes talentos e habilidades, apesar de sermos chamados a mitigar os efeitos dessa desigualdade. Analisando a teoria da justiça a partir desta consideração, a inflexibilidade do índice de bens primários não parece ser um obstáculo fatal. A flexibilidade pode ser encontrada em outro lugar.” (DANIELS, 1996, p.213)⁵¹

Aqui, para Daniels (1996), uma extensão plausível da lista de bens primários pode ser feita, garantindo-lhe flexibilidade. Para tal, é importante observarmos que o enfraquecimento de nossas funções normais por doenças e deficiências incide diretamente sobre as oportunidades de cada indivíduo correspondentes aos seus talentos dentre as opções que cada um possui em condições normais. Se uma distribuição justa de condições e oportunidades é condição para a escolha e elaboração de planos de vida por parte dos indivíduos, então a falta de condições de saúde diminui

⁵⁰ Tradução minha, texto original: “Instead, considerations of liberty or efficiency might require us to permit some inequalities and then mitigate their morally arbitrary effects” (DANIELS, 2008, p.67)

⁵¹ Tradução minha, original em inglês: “The pursuit of fair equality of opportunity does not require leveling all differences in talents or skills, though we are required to mitigate the effects of this inequality. In judging a theory of justice, then, this form of inflexibility of the primary goods does not seem a fatal obstacle. Flexibility can be found elsewhere.” (DANIELS, 1996, p. 213)

essa justa distribuição.

Neste ponto, é preciso lembrar que Norman Daniels está trabalhando com a noção de condições de oportunidade (*normal opportunities range*), que, segundo ele, é mais abrangente que a noção de oportunidade presente nos bens primários de Rawls, tal como esta se apresenta na discussão sobre a posição original.

Em **Just Health** (2008, p.65), Daniels retoma a discussão, ressaltando que, inicialmente, Amartya Sen afirmava que é preciso assegurar às pessoas uma igual distribuição de capacidades. Já em seus trabalhos mais recentes, este não fala em equidade de capacidades, mas sim, foca-se em assegurar ao menos um leque adequado ou suficiente de capacidades, sem especificar, entretanto, o que tornaria este leque suficiente. O conceito de capacidades, assinala Daniels (2008), é uma ideia positiva de liberdade, que pode ser pensada como resultante de termos a liberdade de ser e fazer algo somada aos meios necessários para o exercício dessa liberdade. Então, o autor questiona: qual é a diferença entre a noção de capacidades e a de uma justa distribuição de bens? A resposta é simples: trata-se de uma questão de terminologia, de linguagem, pois

“As pessoas podem razoavelmente adotar um plano de vida se tiverem capacidade de desenvolvê-lo e ser aquilo que seu plano exige. Eu acredito que esse espaço, definido por aquilo que Rawls e eu identificamos como leque de oportunidades, é o espaço da capacidade que Sen define com outra terminologia. Para ver a conexão, pense em capacidade como uma oportunidade ou opção acessível ou realizável.” (DANIELS, 2008, p.66)⁵²

Quanto ao fato de a métrica dos bens primários não considerar as variações de capacidade Norman Daniels remete à argumentação de Rawls em **Political Liberalism**

⁵² Tradução minha, texto original: “People can reasonably adopt a plan of life if they have the capabilities to do and be what they plan calls for. I believe that this space, defined by what Rawls and I have called the opportunity range, is the capability space that Sen defines with a different terminology. To see the connection, think of a capability as an accessible or exercisable opportunity or option.” (DANIELS, 2008, p.66)

(2005), quando este afirma que os bens são justificados porque são bens que os cidadãos necessitam para o exercício de suas capacidades morais como cidadãos livres e iguais, capacidades que incluem a de desenvolver um senso de justiça e a de revisar suas concepções de bem, modelo central na tradição liberal. Para Daniels, entendidos dessa maneira, os bens primários localizam-se no mesmo espaço que as preocupações com as capacidades: “a capacidade de os cidadãos manterem a normalidade de seus funcionamentos ao longo de suas vidas.” (DANIELS, 1996, p. 217)⁵³

4. 2 - Uma análise Rawlsiana das desigualdades em saúde

O argumento de Daniels (2008) é o de que sua extensão da teoria de Rawls conecta a proteção da saúde à proteção rawlsiana da igualdade de oportunidade, sendo que o status de saúde, em Daniels, é determinante para o leque de oportunidades. As desigualdades em sociedade devem ser consideradas em Rawls a partir do índice de bens primários e a oportunidade está incluída em seu índice de bens primários⁵⁴. Para avaliarmos quais desigualdades em renda são permitidas a partir da exigência imposta pelo princípio da diferença, é preciso julgar o bem estar de cada grupo em relação a todo o índice e não somente aos resultados obtidos pela renda de cada grupo.

Daniels observa que, infelizmente, Rawls diz muito pouco sobre como considerar os itens do índice e sobre a importância de cada um, silêncio que se refere tanto ao uso do índice na posição original como, posteriormente, no estágio legislativo quando os princípios da justiça devem ser aplicados a sociedade.

Para uma teoria rawlsiana da saúde (justa), a asserção de Daniels é a de que precisamos avaliar como as desigualdades permitidas na teoria da justiça como equidade afetam a distribuição da saúde e as desigualdades em saúde, pois,

⁵³ Tradução minha, texto original: the capabilities of citizens functioning normally over the course of their lives . (DANIELS, 1996, p.217)

⁵⁴ Daniels observa: “Since opportunity is included in the index of primary social goods, the effects of health inequalities are thereby included as well.” (DANIELS, 2008, p. 94)

“Se desigualdades gerais permitidas aumentam as desigualdades em saúde, poderemos concluir que a justiça, tal como concebida por Rawls, não é boa para a nossa saúde. Ao contrário, devemos ver o porquê da justiça distributiva, tal como descrita pelos princípios de Rawls, ser boa para a nossa saúde e promover sua justa distribuição.” (DANIELS, 2008, p. 95)⁵⁵

Fundamentalmente, a justiça como equidade é boa para a nossa saúde porque ela regula a distribuição de importantes determinantes da saúde, incluindo as bases sociais para o autorrespeito. Por essa razão, Daniels (2008) sublinha que não há nada em Rawls e nem em sua extensão que coloque o foco apenas na garantia de serviços de saúde, o que não significa que serviços de saúde não tenham importância moral. Esses serviços não só são importantes para a nossa saúde como teriam que responder por aquelas patologias que permanecessem ou surgissem e por seu impacto sobre a oportunidade quando todos os demais fatores socialmente controláveis estivessem propriamente distribuídos. “Serviços de saúde podem não ser o único bem com uma importância moral especial, mas, dada a importância moral da saúde, são um bem com uma especial importância moral.” (DANIELS, 2008, p.97)

4. 3 - Repensando a Análise de Sistemas de Saúde

Pensar a análise de políticas públicas a partir de Rawls e de considerações de justiça implica , por um lado – para além da análise institucional em si, questionar, primeiramente, os princípios de justiça da sociedade para a qual a política analisada é formulada e, em segundo lugar, a concepção de cidadão para a qual essa política se refere. Os princípios normativos definidores da justiça social e da cidadania são

⁵⁵ Tradução minha, texto original: “If allowable general inequalities magnify health inequalities, we might conclude that justice, as Rawls conceives it, is not good for our health. Instead, we shall see why social justice, as described by Rawls's principles, is good for our health and promotes its fair distribution.” (DANIELS, 2008, p.95)

fundamentais para a compreensão do processo de formulação, de implementação e para os resultados de uma determinada política.

Por outro lado, é preciso partir de uma definição que abarque o significado e a importância social do bem ou serviço prestado pela política pública no tocante à justiça distributiva. No nosso caso, é preciso ter claramente estabelecida uma definição de saúde e compreender por que ela é um bem fundamental quando o objetivo é a construção de uma sociedade justa.

Com base na discussão apresentada nos três primeiros capítulos, trabalharei aqui a definição de saúde que será base da análise do SUS que se segue. Essas considerações normativas sobre a saúde serão somadas à análise da política pública enquanto instituição que realizo no próximo capítulo.

Em uma sociedade justa, é a estrutura básica da sociedade, suas instituições, que deve funcionar para minorar as diferenças existentes entre os indivíduos, diferenças que são resultado das loterias natural e social que determinam a sorte ou azar de cada um em sociedade. O objetivo da estrutura básica é, através da adoção de procedimentos justos e de uma justa distribuição de bens, garantir a todos iguais oportunidades de desenvolver suas expectativas de vida e de uma participação política plena ao longo de suas vidas. Nesse contexto, os bens primários são essenciais, pois são uma faceta das instituições e da situação dos cidadãos.

A saúde é uma questão de justiça, pois ela é tanto resultado da desigualdade na distribuição de outros bens essenciais quanto determinante na realização das expectativas de vida dos indivíduos, sendo, portanto, produtora de desigualdade. A realização das expectativas e dos planos de vida depende da saúde. Pormenorizando, para que um indivíduo seja um cidadão pleno, desfrute de seus direitos liberais essenciais e seja capaz de realizar-se é preciso que tenha asseguradas condições de saúde e que lhe seja garantido acesso a serviços de saúde.

Saúde – bem como outros direitos sociais, como a educação – é essencial para a realização do princípio de Igualdade Equitativa de Oportunidades. Além disso, refere-se

a um bem primário fundamental, o autorrespeito, cuja importância moral, como assinala Rawls (2008; 2003), está em propiciar que as pessoas tenham consciência de sua importância moral e que possam perseguir e realizar suas expectativas.

Primeiramente ressalto que são vários os fatores que influenciam na saúde das pessoas e no desenho e organização das políticas de saúde. Tanto as pessoas quanto as instituições lidam com a incerteza e com a indeterminação, já que não é possível predeterminar com precisão quais serão os padrões de saúde de um indivíduo ou grupo ao longo do tempo.

Além dos padrões epidemiológicos, que se alteram ao longo do tempo e que são fortemente influenciados pelo meio ambiente – através de fatores, geográficos, sociais, econômicos e socioculturais, característica que, em países com extensão e diversidade territorial como a do Brasil, revela-se particularmente desafiadora para a estruturação de um sistema de saúde, é preciso também considerar a incerteza que ronda a saúde de cada um, pois não há como prever ou determinar – com muita ou pouca precisão – quais serão as necessidades futuras em saúde de um determinado indivíduo, por mais que tentemos precisar os riscos a que cada indivíduo ou a que cada grupo estão expostos.

Padrões culturais como o comportamento, a prática de determinados esportes, o hábito de ingestão de bebidas alcoólicas, a alimentação, os padrões de beleza, o ambiente de trabalho, a moradia, a presença ou ausência de saneamento básico, a exposição à violência e a substâncias químicas, bem como uma predisposição genética para o desenvolvimento de doenças crônicas, a pobreza, o sofrimento e a tristeza ou escolhas e trocas de bens que realizamos no decorrer de nossas vidas apresentam riscos à nossa saúde e nos fornecem apenas pistas de uma provável futura situação em saúde.

Soma-se a esses fatores o estigma social da doença – principalmente de determinadas enfermidades como HIV/AIDS, câncer, doenças sexualmente transmissíveis, depressão, distúrbios mentais, que acaba por agravar as desigualdades

em saúde, pois o estigma pode ser tão desestabilizador quanto (ou até mais que) a doença.

Também podemos pensar o caminho inverso, onde transtornos como a anorexia, a bulimia ou sequelas decorrentes de cirurgias plásticas têm sua origem fortemente ligada aos padrões de beleza socialmente impostos e transformam-se em questões de saúde pública dada sua incidência na população.

Há, ainda, o impacto da doença naqueles que convivem com o doente, principalmente em seus familiares e, dentre estes, naquele que assumirá o cuidado do doente em especial. Esse impacto é, por um lado, financeiro, já que isso implica, dependendo da doença, uma redução significativa da renda familiar, pois há casos em que doente e seu cuidador ficam fora do mercado de trabalho e passam a depender de um auxílio-doença público (naqueles estados em que há o reconhecimento desse direito, como no caso brasileiro), cujo montante, via de regra, é inferior à renda que ambos eram capazes de auferir. Por outro lado, o impacto é emocional, pois desestrutura a instituição família – seus indivíduos, particularmente – e, em última instância, pode até gerar outras doenças entre os membros da família.

Dessa forma, as políticas de saúde devem articular diferentes dimensões e instituições sociais. Uma vez conhecidos os determinantes sociais da saúde de uma sociedade é preciso uma política que funcione para além de serviços de atendimento em saúde. Por ser um recurso para vida, é preciso garantir o funcionamento normal do organismo somado a garantia de qualidade de vida, entendida como uma forma de vida na qual as desigualdades sociais que resultem em desigualdades em saúde sejam mínimas e toleráveis e, ao mesmo tempo, que desigualdades em saúde não criem ou aprofundem desigualdades em outras áreas da vida.

São, basicamente, duas dimensões da política que devem coexistir de forma equilibrada., São necessários, por um lado, serviços que atuem sobre a doença, focados na cura, reabilitação e alívio do sofrimento, por outro, políticas e serviços que foquem na prevenção e atuem sobre os determinantes sociais da saúde.

A saúde é um direito por sua importância para a realização da vida das pessoas, o que significa que deve ser garantida pelo Estado através de políticas públicas igualmente a todos os cidadãos, não podendo ser negada a ninguém independentemente de sua posição em sociedade, tampouco ser objeto de barganha ou de negociação no mercado.

Se a falta de saúde incide diretamente sobre as oportunidades disponíveis às pessoas e se o que queremos é uma sociedade justa, não é possível tratá-la como uma mercadoria, como um serviço à disposição de quem pode pagar, principalmente em sociedades tão desiguais quanto a sociedade brasileira. A saúde não deve, muito menos, ser identificada como uma conquista daqueles que muito se empenharam para poder adquiri-la, como uma recompensa por mérito, artifício justificativo da desigualdade em voga no discurso neoliberal.

Não há garantia alguma de que todas as pessoas, mesmo em uma sociedade justa, poderão custear a saúde durante toda a sua vida. Ademais, cada doença ou necessidade em saúde requer um tratamento diferenciado, com custos diferenciados. Além disso, dependendo da situação financeira da pessoa, ela pode ser que ela seja levada a fazer escolhas ou trocas entre bens que não são desejáveis para a saúde⁵⁶.

Apenas para ilustrar o fato, Michel Moore, em seu documentário **Sicko – SOS Saúde**⁵⁷ (2007), (cujo tema é o sistema de saúde norte-americano, especialmente, segundo Moore, sobre os 250 milhões de norte americanos que têm seguro de saúde) apresenta a história de um senhor, Rick, que não possui seguro de saúde e, em um acidente com uma serra em casa, decepou a ponta de dois dedos da mão, o médio e o anular. Levado ao hospital a tempo, carregando os dois dedos decepados, viu-se obrigado a escolher qual dedo implantar, já que lhe cobrariam \$60.000,00 (dólares) para

⁵⁶ Sobre isso, Norman Daniels observa: “Nós sabemos que na vida real as pessoas rotineiramente trocam bens/fatores que garantem a saúde por outros benefícios. Isso acontece quando percorrem longas distâncias para garantirem um trabalho melhor, ou tiram férias em uma estação de esqui. Algumas dessas trocas fazem surgir questões de justiça.” (DANIELS, 2011, P.19)

⁵⁷ SICKO – SOS saúde. Direção: Michael Moore. Produção: Michael Moore E Meghan O'Hara. [S.I.]: The Weinstein Company; Dog Eat Dog Films; Europa Filmes, 2007. 1 DVD (113 min).

implantar o dedo médio e \$12.000,00 para implantar o anular. Como Rick não tinha dinheiro suficiente para implantar ambos, acabou escolhendo o dedo anular, enquanto o pedaço de seu dedo médio foi para o lixo.

Este é um exemplo típico de uma sociedade na qual a saúde é mercantilizada, que pode ser extrapolado para muitas outras situações em saúde. Em uma sociedade democrática na qual a saúde é considerada um direito as pessoas não devem ser induzidas ou obrigadas a realizar escolhas como essa, muito menos em uma sociedade justa.

Existem também questões relacionadas à saúde que são controversas e cujas soluções não dependem somente da situação financeira do indivíduo e da sociedade, pois uma sociedade e um sistema de saúde justos também deveriam garantir às pessoas o direito de escolher entre um tratamento custoso e que impõe sofrimento na tentativa de viver e, simplesmente, morrer. Trata-se, em última instância – em situações extremas, como de doenças que tratamentos conhecidos não curam ou de pacientes em estágio terminal – de a pessoa doente poder escolher entre viver em sofrimento (um sofrimento causado pela doença e por seu tratamento) e morrer uma morte assistida e que abrevie o sofrimento. Esse tipo de decisão articula questões relacionadas ao custo do sistema, questões também pessoais e, também, questões morais e éticas sobre como a sociedade compreende a vida, a morte e o papel da medicina e do sistema de saúde.

Quando falamos em igualdade de tratamento em saúde, não devemos defender um acesso indiscriminadamente igual a todos, mas sim, igualdade de acesso a tratamentos quando estes forem necessários. Para garantir igualdade, não adianta simplesmente definir uma “cesta mínima ou básica” de serviços à qual todos terão acesso e deixar o restante para o mercado, porque as desigualdades e iniquidades permanecerão. É preciso, também, garantir que todos tenham o direito a tratamentos de alto custo ou a implantar seus dedos quando for necessário.

Concordo com Norman Daniels quando este afirma que a saúde não deve ser

pensada como um bem primário, dado o caráter da métrica dos bens primários, porque, como já demonstrado anteriormente, adicionar à lista de Rawls bens como a saúde levaria-nos a adicionar infinitamente uma série de outros bens sociais e tornaria cada vez mais difícil a comparação entre os indivíduos.

Mas é preciso, em alguma medida, incorporar as variações interpessoais de capacidade reclamadas por Amartya Sen. Especificamente no caso da saúde, cada indivíduo tem diferentes necessidades que estão dadas por características biológicas e/ou sociais: alguém pode ser enquadrado em um grupo de risco a determinada doença seja por ter uma predisposição genética de ser portador dessa doença, por suas condições de trabalho e/ou moradia ou pela soma de diversas características que estão presentes nas diferentes dimensões de sua vida. Da mesma forma, um indivíduo saudável pode ter suas capacidades reduzidas repentinamente em situações sobre as quais não temos controle, como por acidentes, por epidemias causadas por vírus que desconhecemos ou pelo desenvolvimento de doenças debilitantes, a exemplo de alguns cânceres que não têm uma correlação genética ou causas externas claramente determinadas.

Essas e outras diferenças que compõe o gradiente social da saúde influenciam nas capacidades das pessoas, como aponta Sen (1992; 2009), de realizarem suas expectativas, ou seja, de transformarem os meios que lhes foram dados, no caso os bens primários, nas finalidades desejadas por cada um.

Como vimos, Norman Daniels identifica a noção de capacidades de Amartya Sen com a noção de oportunidades de Rawls. Ambos os autores estariam se referindo à mesma coisa: a garantia dos indivíduos adotarem e desenvolverem seus planos de vida. Entretanto, acredito que a noção de capacidades soma à garantia de oportunidades – ou de um leque normal de oportunidades (como coloca Daniels), pois ela acrescenta aos estágios posteriores, principalmente ao legislativo e ao judicial, informações específicas que são cruciais e que devem ser tratadas de diferentes formas em diferentes momentos. Trazendo essa reflexão para a prática política, é na

Constituição⁵⁸ que estão definidos nossos direitos e deveres centrais para com o Estado, nossa concepção de cidadão, bem como as instituições responsáveis por garantir tais direitos e deveres. A Constituição brasileira é resultado de um significativo processo de participação popular. Como coloca Lessa (2008), trata-se de uma constituição que refuta o utilitarismo e que foi definida com base nos princípios do constitucionalismo democrático, perspectiva em que a constituição é entendida como uma estrutura normativa que envolve um conjunto de valores precedentes à realização do texto e que nele se materializam. Dessa forma, é por intermédio da constituição que se definem os instrumentos procedimentais de fixação do direito na experiência social⁵⁹.

No caso brasileiro, a Lei Constitucional define a saúde como um direito universal de cidadãos, que são todos iguais perante a Lei, e também indica as instituições e atores responsáveis por sua provisão e distribuição.

Durante o processo constitucional, as diferenças de capacidades entre os indivíduos não são relevantes para o desenvolvimento da política. Essas diferenças surgirão no momento de determinação da Lei que regulamenta a política diretamente e em suas normas que são definidas e pormenorizadas em momento posterior, coincidente à organização/implantação da política.

É da relação entre os produtores da política e seus usuários – primeiramente, no processo de implementação da política, depois, para a legitimidade da política – que essas questões surgirão como relevantes. É também nesse momento que todos têm e devem ter acesso ao maior número de informações possível para que injustiças e iniquidades não sejam cometidas. O debate em torno dessas diferentes necessidades e de sua incorporação no fazer da política atende as exigências feitas por Amartya Sen e

⁵⁸ Freeman ressalta que a Constituição é para Rawls uma instituição fundamental na defesa dos direitos de igualdade política: “Among such institutional mechanisms for recognizing and maintaining basic liberties are a written constitution with a bill of rights, the separation of powers, bicameral legislatures, and judicial review. A bill of rights provides a standing reminder for legislators of the reasons that should be of utmost priority in democratic legislation.” (FREEMAN, 2008, p.215)

⁵⁹ Sobre o processo de formulação da Constituição Brasileira, Renato Lessa (2008, p.371) coloca: “creio ser possível pensar a Constituição como experimento de filosofia pública, que fixou as orientações metapolíticas para a configuração de uma comunidade cívica e social.”

evita tratar diferentes de forma igual, o que culminaria em discriminação e desigualdade.

O fato de os princípios de justiça já terem sido estabelecidos e as regras definidas pela Constituição não significa que não haverá debates em torno de sua implementação nos estágios posteriores. Os princípios de justiça e os direitos definidos na Constituição que têm por referência o cidadão livre e igual servem de guia para os julgamentos e decisões que são tomadas no cotidiano das instituições. Assim, de posse de informações e fatos que, por suas especificidades, não foram contemplados anteriormente, é possível, através da deliberação pública, contemplar demandas advindas das diferenças interpessoais que limitam as capacidades das pessoas em realizarem suas expectativas de vida.

Entretanto, algumas desigualdades permanecerão mesmo assim. Tendo que é possível mitigá-las, mas não eliminá-las totalmente, a questão é decidir quais desigualdades serão permitidas, ou seja, quais assimetrias não resultariam em iniquidades em saúde e não colaborariam para o aprofundamento do gradiente de saúde entre as classes sociais e entre aqueles que pertencem ao mesmo grupo.

Por isso, a participação política é fundamental, pois é durante o processo de discussão pública guiada pelos princípios da justiça e balizada pelos direitos constitucionais que questões relacionadas a essas desigualdades deverão ser levantadas e debatidas.

Para Rawls, a regra da maioria na democracia é inapropriada para a realização dos princípios da justiça, pois ela não oferece meios de proteger e de manter os direitos e liberdades básicas de cidadãos iguais. Freeman (2008) ressalta que a democracia em Rawls é constitucional e deliberativa com um objetivo central: defender os direitos de igualdade política. A deliberação não só assegura que os direitos básicos não sejam infringidos como é fundamental para o discernimento e para a realização do interesse

público e do bem comum para todos os cidadãos.⁶⁰

Esse ponto será melhor tratado no próximo capítulo, quando discuto o papel da instituição, da política pública de saúde. Por ora, é suficiente reter a ideia de que um sistema de saúde justo também deve incorporar as variações de expectativas sobre o sistema entre seus usuários e dar-lhes voz para que possam participar de sua elaboração e reelaboração. Para esta última, é fundamental uma avaliação institucional da qual todos aqueles que são diretamente envolvidos sejam parte.

⁶⁰ “Deliberation is important not just to insure that basic rights are not infringed, that all sides are heard, and that legislators take into account the effects of proposed legislation upon the fundamental interests of minorities. Public and legislative deliberation is also of fundamental importance to the discernment and achievement of the public interest and the common good of all citizens.” (FREEMAN, 2008, p.215)

V – Políticas Públicas⁶¹: Uma Questão de Justiça

a hipótese é a de que um arranjo justo levará a um resultado justo, propiciando também um comportamento justo

Neste capítulo, discorro sobre as concepções e elementos que devemos considerar para a análise institucional a partir da justiça como equidade e do liberalismo igualitário de maneira mais geral.

Ao analisarmos uma instituição, um dos focos da análise será o procedimento adotado, pois, a princípio, um procedimento justo levaria a um resultado justo. É importante lembrarmos algumas noções anteriormente pontuadas: a primeira é a ideia de que o justo tem que ser construído; a segunda, que os princípios da justiça referem-se às instituições e a terceira, que, para se refletir sobre a justiça social, é o arranjo que se deve julgar, já que a distribuição natural não é justa nem injusta: a justiça ou injustiça surge do modo como as instituições lidam com essa distribuição e com a redistribuição dos bens.

A questão que se coloca aqui é: até que ponto o arranjo institucional é determinante para os resultados alcançados?

A suposição de Rawls é a de que as pessoas precisam ter conhecimento das normas da instituição para saber o que esperar desta e das outras pessoas, portanto, para construir suas expectativas mútuas. As instituições incentivam e permitem determinadas práticas e comportamentos, de modo que o ideal é que os indivíduos sejam levados a agir de modo a promover o bem comum.

⁶¹ As políticas públicas estão sendo consideradas neste trabalho a partir de uma definição mais ampla de instituição. Como mostra Menicucci (2007, p.25), as políticas públicas acarretam na constituição de instituições, que são entendidas tanto como organizações formais quanto como regras que estruturam o comportamento. Elas também “constituem importantes regras do jogo em uma sociedade, influenciando a alocação de recursos econômicos e políticos e modificando os custos e benefícios associados a estratégias políticas alternativas”.

Mas, é importante ressaltarmos, não se alcança a justiça somente através do procedimento. A justiça tem que ser considerada a partir do procedimento e do resultado que se deseja alcançar. Portanto, a justiça como equidade não pode ser pensada como puramente procedimental, pois,

“a justiça procedimental e a substantiva estão conectadas e não separadas. O que permite reconhecermos os valores como intrínsecos a procedimentos justos - por exemplo, um procedimento tem o valor da imparcialidade porque garante a todos as mesmas chances de apresentarem seus argumentos.” (RAWLS, 2005, p.422)⁶²

Não é só o procedimento institucional justo que garantirá um resultado justo, mas também considerações substantivas sobre as decisões a serem tomadas. O debate de Joshua Cohen sobre a democracia em Rawls ilustra bem essa noção,

“a justiça como equidade inclui princípios de justiça cujo objetivo é guiar o julgamento político dos cidadãos, e, quanto a isso, tem uma ambição diferente daquela da democracia procedimental. A democracia procedimental apresenta uma maneira de legitimar o processo coletivo de tomada de decisão, mas não oferece base alguma sobre a qual os cidadãos possam orientar seus julgamentos ao agir segundo suas regras. Eles podem ser guiados por interesses individuais ou de grupos, ou por razões morais ou religiosas, mas nada na democracia procedimental corresponde à concepção de democracia igualitária da justiça como equidade.” (COHEN, 2006, p.127)⁶³

A legitimidade de um procedimento, por exemplo, nos diz pouco ou nada sobre a

⁶² Tradução minha, texto original: “Thus, procedural and substantive justice are connected and not separate. This still allows that fair procedures have values intrinsic to them – for example, a procedure having the value of impartiality by giving all an equal chance to present their case.” (RAWLS, 2005, p.422)

⁶³ Tradução minha, texto original: “Justice as fairness includes principles of justice that are meant to guide the political judgments of citizens, and in this respect it has a different ambition from democratic proceduralism. Democratic proceduralism presents an account of legitimate collective decision making, but does not itself offer any guidance for the judgments of citizens acting within that framework. They may be guided by individual or group interest, or by moral or religious views, but nothing in democratic proceduralism corresponds to the conception of democratic equality in justice as fairness.” (COHEN, 2006, p.127)

justiça de seus resultados. Claramente, na análise de uma instituição ela é essencial e se conecta com a ideia de justiça, mas uma instituição ou um procedimento pode ser considerado legítimo por uma série de outras razões que não a justiça. Ou seja, uma instituição vista pela sociedade como legítima nem sempre é justa.

A trajetória do SUS, nesse ponto, é exemplar. A política de saúde tal como está organizada hoje foi fortemente influenciada por decisões tomadas a partir dos anos 60 no tocante às políticas de saúde: “os desenhos de políticas preestabelecidas condicionaram o processo de reformulação das políticas durante o processo constituinte e, posteriormente, no momento de implantação da reforma.” (MENICUCCI, 2007, p.26)

Obviamente, há vários fatores que influenciaram esse processo, os quais discutiremos mais adiante, mas o ponto aqui é que as instituições podem funcionar como um fator determinante de comportamentos e estabelecem procedimentos que, ao longo de sua trajetória, deixam de ser questionados se vistos como legítimos.

O SUS é uma instituição que surge no bojo da democratização do Estado brasileiro, em um período em que o esforço empreendeu-se na construção de um Estado que deveria estabelecer uma relação mais próxima com seus cidadãos, com a institucionalização de procedimentos de participação além daqueles já característicos da democracia representativa e competitiva. Criaram-se, assim, espaços de participação direta em diferentes âmbitos do Estado e se estabeleceu uma nova relação entre o Estado e o Cidadão, usuário da política, na crença de que sua existência garantiria que as políticas públicas fossem capazes de responder às demandas dos cidadãos brasileiros e, portanto, garantiria um resultado mais justo e condizente com as expectativas destes.

Neste capítulo, discutirei dois pontos: o primeiro se refere à relação que se estabelece entre estado e cidadão e o papel das instituições nessa relação a partir do

ponto de vista liberal igualitário⁶⁴ (que inclui a argumentação rawlsiana em si e outras construídas a partir dela), comunitarista e libertariano. Estes dois últimos são trazidos à discussão com o intuito de ilustrar questões importantes e fazer um contraponto à concepção liberal igualitária. O segundo diz respeito à análise de políticas públicas democráticas em si e de como fazê-la quando nosso questionamento central recai sobre a justiça de seus resultados.

Finalizo o capítulo com considerações que, somadas à maneira como entendo saúde, servirão de base para a análise do SUS proposta por este trabalho.

5. 1 - Estado e Cidadão – autonomia e comprometimento

O que esperar do Estado e das políticas públicas? Como analisar uma instituição a partir de considerações de justiça?

É refletindo o welfare state sueco que Bo Rothstein (1998), a partir da teoria rawlsiana, busca responder a essas questões. A relação que se estabelece, ou que deveria se estabelecer, entre Estado e cidadão é o ponto de partida do método de análise de políticas públicas que o autor propõe (que será apresentado mais adiante), levando-nos até a questão que constitui nosso foco neste capítulo:

“qual é a relação entre as instituições que constituem o sistema político (principalmente aquelas encarregadas da implementação de políticas sociais) e as normas de justiça prevalentes na sociedade? E como essas instituições podem ser organizadas para encorajar a virtude da justiça naqueles que delas fazem parte?”⁶⁵ (ROTHSTEIN, 1998, p. 116)

⁶⁴ Liberalismo Igualitário está sendo entendido aqui de acordo com o que nos propõe Vita (2008), ou seja, o Liberalismo Igualitário envolve a argumentação Rawlsiana em si, e pontos de vista de Rawls alterados pelas críticas daqueles que participam do debate em torno de sua obra.

⁶⁵ Tradução minha, texto original: “What is the relation between the institutions making up the political system (most especially those charged with implementing social policy) and the norms of justice prevailing in society. And how can such institutions be shaped so as to encourage the virtue of justice in those who take part in them?” (ROTHSTEIN, 1998, p.116)

Rothstein (1998) aponta que os princípios que as pessoas mais esperam que o Estado adote como balizadores das relações entre este e os seus cidadãos constituem uma contradição, pois se deseja que o Estado seja neutro e respeite a autonomia individual ao mesmo tempo que trate a todos com igual consideração e respeito.

Respeitar a autonomia individual, como sublinha o autor, significa que os indivíduos são percebidos como capazes de formular diferentes concepções sobre o que é certo e bom, enquanto tratar a todos com igual consideração e respeito não implica garantir uma igual distribuição de bens a todos os cidadãos e nem tratar a todos da mesma forma.

Dessa forma, para Rothstein (1998), o princípio de igualdade nos welfare states não deve ser entendido como igual tratamento, mas sim como a necessidade de que os cidadãos sejam vistos como portadores de igual importância perante o Estado,

“(…) basta, para isso, dizer que alguns possam, por exemplo, vir a necessitar de mais atenção médica do que outros. Dar mais a algumas pessoas do que às outras não implica necessariamente que os planos de vida daquelas são mais importantes do que os das demais. Isso pode, sim, significar que, se aqueles que precisam não tiverem acesso a recursos extras (tratamentos como a diálise, por exemplo), seu sofrimento seria muito maior que o dos outros. Assim, o princípio de igualdade de tratamento e respeito, como usado aqui, requer que essas desigualdades sejam retificadas.” (ROTHSTEIN, 1998, p.34)⁶⁶

Esse exemplo utilizado por Rothstein corrobora tanto a noção de garantir “igualdade de acesso a tratamentos” que defendi anteriormente, quanto a noção de mitigar as desigualdades em saúde sublinhada por Daniels, já que não podemos garantir igualdade em saúde a todos, mas sim equidade de acesso.

⁶⁶ Tradução minha, original em inglês: “Suffice to say that certain persons may, for example, require more medical attention than others. Given more to some persons than to others need not imply a view that the life projects of the former are worth more than those of the latter. It could rather reflect the judgment that, if the former are not allocated extra resources (e.g., dialysis treatment), their suffering will be greater than the latter's. For the principle of ‘equal concern and respect’, as used here, requires that such inequalities be rectified.” (ROTHSTEIN, 1998, p.33,34)

Um Estado estritamente liberal não deve posicionar-se quando valores estão em jogo. Cada cidadão possui seus projetos de vida, de modo que a função do Estado é apenas garanti-los, sem influenciar nas escolhas de seus cidadãos no tocante aos seus projetos de vida. Esse princípio, para Rothstein (1998), tem precedência sobre a noção utilitarista que defende o “melhor para o maior número”.

Para Rawls, a neutralidade Estatal é fundamental para a garantia de uma das principais características das sociedades modernas, o pluralismo, tanto de concepções de bem quanto de interesses de grupos e organizações. A ideia central, que já trabalhamos no primeiro capítulo, é a de que um “Estado liberal justo deve ser neutro em relação às diferentes concepções do bem que seus cidadãos empenham-se em realizar.” (VITA, 2007, p.174)

É preciso ressaltar que a ênfase recai sobre a *capacidade da pessoa de escolher seus próprios fins*, o que não deve significar agir de forma discriminatória para com aqueles que preferem, por exemplo, viver de acordo com os preceitos de formas tradicionais de autoridade. Os direitos liberais permitem às pessoas realizarem uma revisão de suas concepções de vida ou de sua identidade perante a sua comunidade, o que permite a escolha entre princípios de uma associação tradicional e os do Estado liberal-democrático (VITA, 2007, p. 276.)

Como a teoria da justiça de Rawls está voltada para os princípios da “estrutura básica da sociedade”, os julgamentos de valor sobre as escolhas dos indivíduos estão fora de seu escopo. Só existem exigências sobre a conduta individual quando os indivíduos estão em relação com as instituições, ou seja, o liberalismo igualitário

“não fornece preceitos para a conduta individual, a não ser no que se refere a injunções que decorrem do que Rawls denominou “dever natural de justiça”. Podemos interpretar isso como a exigência de que cada um faça o que se espera de si em instituições cujos princípios e normas constitutivos poderiam receber o assentimento de todas as pessoas que se dispusessem a chegar a um acordo em termos razoáveis. As exigências de imparcialidade, portanto, recaem diretamente sobre a

justificação de princípios para a estrutura básica da sociedade e só de forma indireta sobre a conduta individual.” (VITA, 2007, p.275)

Como Rothstein (1998) coloca, um ideal contrário ao da neutralidade é encontrado na doutrina comunitarista, para a qual o Estado deve posicionar-se a favor de determinados princípios morais e, desse modo, interferir em escolhas pessoais consideradas inapropriadas, ao invés de simplesmente deixar as pessoas decidirem por si e até mesmo “cometerem erros”.

O welfare state sueco analisado por Rothstein (1998) tem sido reconhecido por basear-se, de certa maneira, nos princípios comunitaristas. Para o autor, há um erro nesse entendimento comunitarista dos princípios do welfare sueco, tanto do ponto de vista normativo quanto do histórico.

A ideia de garantir justiça via direitos individuais é entendida na Escandinávia como um obstáculo para as políticas de orientação de esquerda, já que a sua ênfase recai sobre a liberdade e não sobre a igualdade com uma orientação coletivista. Entretanto, o argumento de Rothstein (1998) é que o impacto político dos princípios de justiça baseado nos direitos não está necessariamente ligado ao princípio dos direitos individuais.

Espera-se do Estado comunitário que este se posicione com relação aos valores e tome decisões que intervirão diretamente na vida das pessoas. Garantir a igualdade de oportunidades requer intervenção: o Estado terá que decidir, por exemplo, quais recursos deverão ser redistribuídos e, ao fazê-lo, estará determinando quais recursos são necessários para a realização de diferentes projetos de vida e, também, influenciando a opinião das pessoas.

O Estado comunitarista também assume e incentiva determinados valores culturais em seus cidadãos, tais como valores voltados para o coletivo e para a maioria, o que, como assinala Rothstein (1998), não deve ser feito com presunção de superioridade moral, pois isso poderia significar uma atitude separatista ou discriminatória, considerando os diferentes grupos culturais de uma sociedade.

A leitura comunitarista é a de que os princípios que justificam a neutralidade estatal baseiam-se em uma série de postulados irrealistas a respeito da natureza humana, o que não permite ao liberalismo lidar com o fato empírico de que as pessoas formam sua identidade através da participação em espaços públicos e afiliações sociais e, portanto, de que ela não é simplesmente resultado da autonomia individual. Rothstein aponta que para, a crítica comunitarista, a noção de justiça rawlsiana enfatiza a privação individual de todas essas afiliações.

“Se aceitarmos a proposição de que nossas personalidades são formadas a partir do contexto social e político do qual somos parte, então a ordem política com a qual concordamos deveria refletir uma determinada concepção de boa vida. A ordem política deveria então ser, de qualquer maneira, na visão dos comunitaristas, capaz de descartar certos projetos de vida por serem moralmente menos desejáveis que outros.” (ROTHSTEIN, 1998, p.39)⁶⁷

Para os comunitaristas, como Michael Sandel, é atribuída à ideia de justiça – tal como defendida pelos liberais e por John Rawls – uma importância que ela não tem, pois a justiça só se coloca como questão porque não existem laços sociais entre o indivíduo e a comunidade, como a fraternidade e a solidariedade, suficientemente arraigados. Nessa chave, dizer que a justiça é uma virtude das instituições sociais, como o faz Rawls, é uma afirmação desprovida de sentido, pois seria extremamente difícil realizar uma distribuição igualitária como a defendida na teoria da justiça como equidade em uma sociedade cujos indivíduos não possuem um laço forte com a comunidade. Sob essa perspectiva, a comunidade substitui a ideia de justiça (cf. GARGARELLA, 2008.).

A questão levantada por Rothstein (1998) é que, mesmo que – empiricamente –

⁶⁷ Original em inglês: “If we accept the proposition that our individual personalities are created through the particular social and political contexts of which we are a part, then the political order upon which we agree should reflect a particular conception of the good life. The political order should at any rate be able, in the view of the communitarians, to discard certain types of life project as morally less desirable than others.” (ROTHSTEIN, 1998, p.39)

nossos valores sejam formados pelas redes sociais das quais fazemos parte, isso não implica que a ordem política deva se posicionar a favor de determinados princípios morais. Ou seja, a maioria não teria, por exemplo, o direito de determinar os projetos de vida dos outros a partir de seus valores. Isso sem considerar que os cidadãos de um mesmo Estado podem ser parte de afiliações com propósitos diferenciados.

Ademais, a neutralidade estatal, tal como defendida pelo liberalismo igualitário, não deve ser entendida como ausência dos espaços públicos e como afiliações sociais na formação da identidade das pessoas. Ela implica, somente, que o coletivo não influencia na escolha de cada um sobre com quais afiliações sociais devemos nos identificar.

O cerne da crítica comunitarista ao liberalismo é, em si, infundada: a ideia de que, para o liberal, o indivíduo seria um ente que forma sua identidade a despeito da comunidade (posição atomista) não se sustenta, principalmente quando o embate recai sobre teorias como a de Rawls, que, ao contrário, requer sim um Estado forte, com instituições que intervenham regulando a vida em comunidade quando o objetivo é a justiça igualitária.

Mesmo que pensemos em um Estado libertariano nos moldes de Robert Nozick (1991), é relativamente difícil pensar a neutralidade estatal em termos de “inatividade estatal” e de intervenção nula na vida de seus cidadãos (cf. GARGARELLA, 2008.). Até mesmo um Estado estritamente regulatório, voltado para a garantia das trocas no mercado e que não se manifeste moralmente a respeito da formulação dos projetos de vida de seus cidadãos, influencia a vida e a sorte das pessoas. Além disso, também há aí uma noção de sociedade e uma moral que determina a identidade do indivíduo e influência na escolha de projetos de vida. Há, portanto um contexto social através do qual os indivíduos formam sua identidade.

Para, Nozick e Hayek, somente o Estado Mínimo é aceitável, pois este é a única forma de Estado que não viola os direitos dos indivíduos. Aqui, um Estado que determine liberdades positivas e que aja de maneira a intervir na distribuição de bens

sociais é veementemente rejeitado, pois a justiça da distribuição de bens se dá pelo mercado. Hayek (1977) afirma, contra-argumentando com noções igualitárias, que a sorte e o acaso são fatos que estão (e estarão) sempre presentes na vida das pessoas, independentemente do arranjo social escolhido. No entanto, em um arranjo pautado pela concorrência e pela liberdade e direitos (negativos) individuais, mesmo os mais pobres são muito mais livres no sistema da concorrência do que em qualquer outro, ainda que eles tenham um acesso às oportunidades mais limitado que os mais ricos., . Isso se justificaria porque se trata do único sistema em que *o enriquecimento depende exclusivamente do indivíduo e não do favor dos poderosos*. Na argumentação de ambos os autores, arranjos institucionais e políticas públicas voltadas para dirimir as desigualdades não cabem.

A crítica comunitarista ao Estado neutro cabe muito mais aos libertários do que aos liberais igualitários, já que estes últimos admitem tanto a manutenção da liberdade como direito negativo, definido como a não interferência do Estado em determinadas questões – como na opinião de cada um sobre as diferentes questões em debate na sociedade, quanto como um direito positivo, ou seja, cuja manutenção requer um Estado ativo.

A neutralidade Estatal presente na teoria de Rawls não significa um Estado moralmente indiferente, primeiramente, porque os princípios da justiça impõe limites que indicam quais formas de vida são aceitáveis e, em segundo lugar, porque falar em promover a plena autonomia dos cidadãos é também argumentar contra essa “suposta neutralidade”. Dessa forma, para Rothstein (1998, p.42): “O cerne da questão não repousa em nossa posição quanto a questões morais, mas sim, na nossa opinião sobre onde os limites do poder coercitivo do Estado devem ser estabelecidos.”⁶⁸

Como aponta o autor, o princípio da neutralidade é compatível com a existência de outros valores e normas sociais desde que essas tenham alguma correspondência com

⁶⁸ Texto original em inglês: “The crux of the matter lies not in our position on moral questions, but rather in our view of where the boundaries to the coercive power of the state should be drawn.” (ROTHSTEIN, 1998, p.42)

a ordem política. Os cidadãos têm opiniões divergentes sobre o que é ou não moralmente correto de acordo com seu modo de vida. O que as instituições devem garantir é que os cidadãos consigam realizar seus projetos de vida de acordo com aquilo que consideram correto e valorizam⁶⁹, o que não significa negar as afiliações sociais, culturais e religiosas das pessoas, mas, sim, que estas não estão diretamente relacionadas com a ordem política, ou seja, com o Estado. Como vimos anteriormente, os princípios de justiça rawlsianos e o procedimento justo aplicam-se ao nosso papel enquanto cidadãos.

“O objetivo de Rawls é, ao desenhar instituições políticas justas, ‘desenhar o caráter e os objetivos dos membros da sociedade, o tipo de pessoa que eles são e que pretendem ser’. Não se trata de uma comunidade democrática que, pela virtude de pessoas democráticas torna-se uma ordem política democrática. A conexão causal, ao contrário, acontece na direção oposta, tal como leio Rawls, são instituições políticas justas que criam cidadãos democráticos preocupados com a justiça.” (ROTHSTEIN, 1998, p.44)⁷⁰

Observo que – mesmo que concordemos que não são pessoas com valores democráticos que garantirão a estruturação de uma ordem política democrática, e sim que são instituições democráticas e justas que formam o cidadão democrático – não podemos ignorar que é preciso que, em alguma medida, os cidadãos reconheçam os valores democráticos como válidos e deem suporte a esses valores base da instituição.

Rothstein (1998) dá continuidade a sua argumentação, em consonância com a argumentação rawlsiana, colocando que a neutralidade estatal deve ser, portanto, relativa. Essa relatividade é dada por duas razões: a primeira é que o Estado deve ser

⁶⁹ Para uma discussão mais detalhada sobre esta questão, c. f. VITA, 2007.

⁷⁰ Texto original em inglês: “Rawls' aim is rather, by designing just political institutions, to 'shape the character and aims of the members of society, the kinds of person they are and want to be'. It is not, then, a democratic community which, by virtue of its creation of democratically minded people, results in a democratic political order. The causal connection works instead in the opposite direction; it is, as I read Rawls, just (democratic) political institutions which create democratic citizens who are interested in justice.” (ROTHSTEIN, 1998, p.44)

capaz de formar cidadãos dotados da capacidade de decidir a respeito e deixar que eles sejam responsáveis por seus diferentes projetos de vida; a segunda refere-se aos recursos em si, pois, para que os cidadãos sejam autônomos, o Estado deve distribuir os recursos de modo a permitir que assim o sejam. Assumindo essa concepção de neutralidade, coloca o autor, é possível lidar com a tensão entre a autonomia individual e a neutralidade estatal.

Na leitura de Rothstein, o Estado deve fornecer as informações a partir das quais os indivíduos formularão seus projetos de vida e, ao mesmo tempo, desaconselhar e restringir certos comportamentos, o que não é incompatível com o princípio da neutralidade.

Como diferentes projetos de vida requerem diferentes recursos, decidir sobre a distribuição desses recursos é uma decisão política voltada para a garantia das oportunidades.

5. 2 - A análise de Políticas Públicas

É objetivo de Rothstein a defesa de uma abordagem de análise de políticas públicas que una as considerações acerca do que o Estado deveria fazer com o que o Estado pode fazer por meio das políticas públicas.

As primeiras análises de políticas públicas tiveram como objetivo avaliar o impacto dessas políticas na sociedade, considerando tanto sua promessa voltada para o combate à pobreza e à desigualdade, quanto sua eficiência na realização de seus fins.

Dentre os diagnósticos feitos, muitos apontaram para o fracasso das políticas e enumeram diferentes fatores, como o mau gerenciamento e coordenação, como desperdícios de recursos e verbas e, finalmente, como a corrupção e o abuso de poder. Essas primeiras pesquisas concluíram que seriam necessários mais recursos, programas mais audaciosos, uma melhor organização e uma divisão de responsabilidades mais clara.

Essas são críticas comuns às políticas públicas até hoje. No caso do SUS, a mais propalada é a que aponta para uma falta de recursos que estaria sucateando o sistema e, ao mesmo tempo, que alimenta o discurso em voga de que são necessárias parcerias público-privadas, defendendo a “segunda porta de entrada” em hospitais públicos para garantir um maior fluxo de recursos e seu melhor gerenciamento. Retornarei a esse ponto mais tarde.

A não-realização dos fins das políticas públicas fez crescer o pessimismo e deu forças a um discurso que colou ao Estado a imagem da ineficiência, gerando uma verdadeira armadilha⁷¹ ao minar a confiança que os cidadãos depositavam/depositam nas instituições, pois a crença de que uma instituição não é confiável abre espaço para uma gama de ações, dentro e fora da instituição, que ou divergem, ou são até totalmente opostas aos seus propósitos e princípios.

A este cenário, Rothstein (1998) soma alguns pontos que, para ele, constituem-se em problemas para a análise de políticas públicas. O primeiro é o foco em políticas públicas que fracassaram, pois há uma tendência em apenas mostrar aquilo que não funciona; o segundo, intimamente ligado ao primeiro, é o foco voltado para políticas que, em razão de sua complexidade – sendo dotadas fatores como o envolvimento de diferentes atores e esferas de governo, como o objetivo de influenciar em questões marcadas por uma grande variabilidade de opiniões, como políticas intervencionistas que podem ser vistas como uma ameaça a liberdade e autonomia individual ou como a carência de tecnologia ou de conhecimento para que o objetivo da política seja alcançado – estão fadadas ao fracasso.

O terceiro ponto mencionado por Rothstein (1998) é que as análises de políticas públicas têm assumido uma concepção excessivamente mecanicista ou racionalista do

⁷¹ Refiro-me aqui à lógica do *social trap*, o como as pessoas percebem as instituições ou determinada norma social influencia em seu comportamento quanto ao que se refere às estas, a confiança ou não em uma política pública pode significar seu sucesso ou fracasso, e a falta de confiança pode incentivar um comportamento oportunístico inclusive naqueles que são comumente propensos a agir de maneira correta e justa porque não é possível saber se os outros estão agindo de maneira correta, e portanto, não é possível reconhecê-los como confiáveis. C. f. ROTHSTEIN, 2005.

processo de implementação, o que não permite acomodar a indeterminação inerente a esse processo que diz respeito a muitas políticas. Rothstein (1998, p.64) aponta que não é possível medir o sucesso de uma política pelo cumprimento de seus planos e normas originais porque “o curso normal dos eventos é bem diferente: a modificação das condições requer adaptação e a experiência acumulada, mudança de planos.”⁷².

Por essas razões, a análise deve basear-se em uma concepção mais abrangente e considerar os efeitos e impactos causados pelo tempo, bem como os erros que podem ser corrigidos.

Somam-se a essas características da análise de políticas públicas apontadas acima, duas abordagens metodológicas centrais, uma cujo foco central é a análise dos resultados de uma política a partir de princípios democraticamente estabelecidos e outra que olha para os resultados sem muito se preocupar com o como seus objetivos foram estabelecidos – se democraticamente ou não, por exemplo.

“Do ponto de vista teórico, a segunda abordagem é mais vantajosa por ser mais capaz de lidar com a incerteza e a necessidade de uma adaptação organizacional. De uma perspectiva normativa, entretanto, esta é uma abordagem extremamente problemática, pesquisadores que adotam esta linha de análise normalmente consideram o quê o Estado *pode* fazer – ou, alternativamente, aquilo que se baseia em seus interesses – como ponto de partida para o quê o Estado *deveria* fazer. A análise empírica é dessa forma convertida, por causa da escolha metodológica, em um ponto de partida normativo, sem que haja nenhuma análise normativa explícita.” (ROTHSTEIN, 1998, p.66)⁷³

⁷² Texto original em inglês: “The normal course of events is quite different: altered conditions necessitate adaptation , and experiences gained require the changing of plans.” (ROTHSTEIN, 1998, p. 64)

⁷³ Tradução minha, original em inglês: From a theoretical standpoint, the “bottom up” approach has the advantage of being better able to take account of the uncertainty and need for organizational adaptation mentioned above. From a normative perspective, however, this highly problematic, for researchers pursuing this line of inquiry often take what the existing administration *can* do – or, alternatively, what lies in its interest to do – as the point of departure for what it *should* do. The empirical analysis is thereby converted, on account of a methodological choice, into a normative point of departure, without the normative analysis ever being made explicit. (ROTHSTEIN, 1998, p.66)

O problema de uma análise essencialmente empírica é que ela não diz àqueles que estão envolvidos com a política e aos que são integrantes dos governos muito além daquilo que eles já sabem sobre a política, de modo que muito dificilmente responderão à questões que buscam soluções para os problemas de implementação.

Mas como identificar as falhas e suas causas? Estas estariam relacionadas ao desenho da política ou ao seu processo de implementação? A ideia básica com relação a esse dilema é a de que não adianta uma política com um bom desenho se sua implementação não for feita por uma instituição capacitada.

Aqui temos outro problema quanto às análises de políticas públicas. Normalmente, o foco está ou na sua legislação, ou no processo de implementação. Ambos os enfoques são importantes, mas, se tratados isoladamente, terão um entendimento limitado da política e, ao mesmo tempo, mesmo que o pesquisador escolha trabalhar com ambos, faltará ao estudo uma importante dimensão da política, que Rothstein denomina a *análise da legitimidade política da política pública*.

“É pouco provável que o sucesso de uma política seja possível – por mais engenhoso que seja seu desenho, ou por melhor organizada que seja sua implementação – se esta não contar com a confiança dos grupos para os quais é dirigida ou dos cidadãos em geral.” (ROTHSTEIN, 1998, p.72)⁷⁴

Dessa forma, para a análise de políticas públicas, Rothstein (1998) sugere que devemos considerar estas três dimensões da política: o desenho, a organização e a legitimidade.

Essas três dimensões estão permeadas por questões relativas à substância, a objetivos e a conceitos da política, bem como pelo processo, pela a forma como o desenho se configura e problemas concernentes à implementação e ao modo de fazer

⁷⁴ Texto original em inglês: “It is scarcely possible to carry out a program successfully – however ingeniously designed it may be, and however well-organized its implementation – if it does not enjoy the confidence of the group towards which it is directed, or of the citizens at large.” (ROTHSTEIN, 1998, p.72)

a política.

Obviamente, essas dimensões e as questões que cada uma implica não são estáticas. Por isso, devem ser consideradas de modo dinâmico durante a análise de uma política. O autor também assinala que os fatores externos são muito significativos, na prática, para o sucesso ou não de uma política, pois esta somente funciona sob certas condições externas. Se essas condições mudam, os meios para se alcançar os objetivos programados também devem ser modificados.

Para a análise do desenho, é preciso considerar seu processo, o confronto de concepções para a sua formulação e a influência de cada concepção até a chegada ao resultado final da política. Ou seja, todo o jogo de forças que envolve a elaboração e aprovação da lei, por exemplo, que fundamentará a política.

É importante identificar quais são as causas, os motivos para a formulação e para a implementação de determinado tipo de política, ou seja, a maneira como os indivíduos entendem que algo é um problema e quais medidas devem ser tomadas para resolvê-lo. Há uma relação entre demanda e ação estatal que deve ser considerada, bem como a maneira como surgiu a demanda por determinada política e como essa relação foi construída.

O autor nos chama atenção para o fato de que não é possível pensar que a política tem uma teoria causal clara e bem definida, com objetivos precisos, e com pleno conhecimento da relação entre esforços empreendidos e resultados a serem alcançados. Portanto, a relação entre conhecimento e ação política não é óbvia. Nosso conhecimento tem limites e, por isso, a formulação de políticas públicas deve acomodar a incerteza e a necessidade de uma implementação flexível.

As concepções presentes no desenho da política são socialmente construídas o que, é preciso considerar, pode vir a ser um fator complicador durante a implementação, pois a possibilidade de se conseguir ajustar decisões e medidas adotadas no nível central a sua operacionalização em nível local, considerando que a realidade é variável, é extremamente pequena.

Atentando para as dificuldades de implementação de uma política, o autor define dois tipos de políticas que auxiliam na análise, levando em consideração as medidas adotadas e as condições operativas. Para sua definição, é preciso considerar as condições do campo em que a política deverá atuar e o quanto o Estado deseja ou não intervir no comportamento dos indivíduos. Se o grau de intervenção for pequeno, tais políticas podem ser chamadas de regulatórias. Caso contrário, são intervencionistas.

Quanto às condições operativas, podem ser definidas como estáticas ou dinâmicas. A diferença está no quanto essas políticas têm ou não suas tarefas pré-definidas e no grau de liberdade para tomada de decisão que a área operativa tem.

As políticas regulatórias, portanto, caracterizam-se por menor influência sobre o indivíduo e por menor burocracia para a sua execução, já quanto as políticas intervencionistas, é preciso observar que sua formulação e a definição de sua legislação não pode ser precisa, pois serão muitos os fatores que influenciarão no seu desenho e terão que ser agregados.

A linguagem política possui uma lógica inerente que se manifesta em um generalizado uso de termos que soam de forma positiva, mas que possuem um significado contraditório. Assim, a necessidade e o desejo de alcançar o consenso podem resultar em um texto que não só não é claro como também contraditório.

Por isso, as legislações, por vezes, são extensas e imprecisas, mas, quanto mais ambiciosa for a proposta (ou se o programa for de natureza dinâmico-intervencionista), mais impreciso será o texto legal, para que possa abarcar o conflito.

Como as políticas públicas estão no campo da incerteza, não há simplesmente o *melhor tipo de organização e de incentivos* para cada tipo de política. Rothstein (1998) sugere que, para pensarmos a melhor forma de organização para uma política, devemos considerar dois fatores: o tipo de tarefas que a organização deverá desempenhar e qual técnica deve ser empregada.

Assim, uma organização burocrática é ideal quando as tarefas são uniformes e as técnicas padronizadas; em áreas onde é preciso lidar com diferentes tipos de casos e

em que, portanto, é difícil aplicar regras precisas, um conhecimento profissional especializado é o ideal; já uma organização gerencial é a melhor opção quando se tem tarefas uniformes, mas a escolha da técnica é complexa e, por fim, se as tarefas são variáveis e a técnica não pode ser padronizada, é necessária uma organização autônoma, capaz de buscar um novo conhecimento e adaptá-lo a uma realidade complexa.

O autor lembra que diferentes tipos de organização podem estar presentes em uma mesma política e que o mais importante é considerar que não existe a melhor organização, mas, sim, que, usando uma organização inapropriada, são grandes as chances de ocorrerem falhas durante a implementação.

Quanto aos problemas presentes para a implementação de uma política, Rothstein (1998) nos chama a atenção para a dificuldade de responsabilização das decisões tomadas, pois muitas delas acerca do bem estar dos cidadãos são tomadas em um vácuo de responsabilidade.

Sobre isso, é preciso considerar que as políticas muitas vezes não envolvem apenas uma organização pública, mas requerem uma relação entre organizações públicas, privadas e sem fins lucrativos. Além disso, elas não implicam apenas uma relação entre o Estado e o cidadão, mas, sim, entre *Estado, Produtor da política e Cidadão*. Assim, a questão é que: “O que o Estado pode fazer é frequentemente uma questão de quão bem ele pode coordenar ou dirigir essas instituições produtoras que são relativamente autônomas e regular suas relações e negociações com os cidadãos.”⁷⁵ (ROTHSTEIN, 1998, p.95)

Isso significa que a simples distinção entre mercado e estado não é suficiente para a análise de problemas concernentes às políticas públicas, pois a liderança política pode ser exercida de diferentes maneiras. Além disso, as políticas são, frequentemente, implementadas por instituições mais ou menos autônomas que dependem da direção

⁷⁵ Tradução minha, texto original: “What the state can do is thus often a question of how well it can coordinate or direct these relatively autonomous producing institutions, and regulate their dealings with the citizens. (ROTHSTEIN, 1998, p.95)”

do estado.

A relação triangular entre estado, produtores e cidadãos é, de fato, complicada, de modo que às vezes, é impossível para o cidadão precisar quem é responsável pelo quê. Somando-se a isso, as negociações e decisões para induzir os envolvidos a trabalharem em harmonia são usualmente dificultadas, proteladas e até mesmo irracionais.

O último passo para a análise das políticas é a verificação de sua legitimidade, questão frequentemente negligenciada pelas análises de implementação. É preciso considerar a confiança popular nas instituições políticas. A opinião do cidadão sobre se o sistema político ou se determinada política pública, são ou não merecedores de sua confiança é extremamente importante para que possamos responder o que o Estado pode fazer.

“Meu ponto aqui é que a capacidade do Estado é mais do que uma questão de desenho de programas, teorias causais ou organismos de implementação. É também uma questão que se refere às opiniões dos cidadãos acerca da natureza do Estado que realmente existe. A partir da teoria dos jogos, a questão estratégica para os cidadãos é se o Estado, enquanto uma unidade de ação coletiva, é confiável ou não.” (ROTHSTEIN, 1998, p.103)⁷⁶

A legitimidade do Estado pode ser distinguida considerando três aspectos: a tolerância da intervenção do Estado, a aceitação das decisões tomadas pelo Estado que influenciarão no comportamento dos indivíduos e dos grupos e a cooperação com o Estado para alcançar as metas definidas. É importante também considerar que a legitimidade das políticas varia de acordo com o Estado e entre os diferentes tipos de políticas em um mesmo Estado.

⁷⁶ Tradução minha, texto original: “My point here is that state capacity is more than a matter of program design, causal theories, or organs of implementation. It is also a question of what views citizens hold about the nature of the actually existing state. From a game-theoretical perspective the strategic question for the citizens is the state as a unit of collective action can be trusted or not.” (ROTHSTEIN, 1998, p.103)

Rothstein (1998) coloca-nos diante de algumas questões: como a relação entre as instituições e a lógica individual realmente funciona? Por que determinadas ações são legitimadas em uma sociedade e não o são em outra culturalmente próxima?

Citando John Rawls, o autor argumenta que a justiça das instituições é o que importa, pois, para Rawls, um sistema justo irá gerar seu próprio suporte e que este não deve ser apenas justo, mas organizado e estruturado para encorajar a virtude da justiça naqueles que tomam dele fazem parte.

A ideia colocada pelo autor é a de que as instituições não só influenciam o que os atores políticos consideram uma ação racional a partir de seus próprios interesses, mas também o que eles entendem por um comportamento moralmente justificável.

“Portanto, minha hipótese é a de que normas sociais não são dadas por alguma entidade metafísica como o 'sistema de gênero', 'a consciência de classe' ou 'o caráter nacional'. Elas são, ao contrário, produto de condições institucionais que foram *de facto* criadas através de decisões políticas.” (ROTHSTEIN, 1998, p.139)⁷⁷

Dessa maneira, não são normas sociais de um tipo particular que fazem surgir determinados tipos de instituições, mas o contrário: são instituições específicas que fazem surgir uma coleção particular de normas sociais.

Entretanto, para que os indivíduos atribuam valor moral para uma ação solicitada coletivamente o autor coloca que ao menos três condições são necessárias:

1- que os cidadãos vejam o programa como justo. Isso significa que medidas públicas não podem ser tomadas apenas considerando o julgamento de profissionais da área ou a análise de custo/benefício. Essas decisões devem ter parte em uma discussão sobre o que o estado pode fazer, ou seja, as ações precisam ser justificadas segundo uma razão moral (o que o autor define como *substantive justice*);

⁷⁷ Tradução minha, original em inglês: “My hypothesis, then, is that social norms are not given by any such metaphysical entities as 'the gender system', 'class consciousness', or 'the national character'. They are instead a product of institutional conditions which have been created *de facto* by political decision.” (ROTHSTEIN, 1998, p.139)

2 – que eles acreditem que os demais cidadãos contribuem solidariamente. A disposição de um cidadão em colaborar com o bem comum depende da sua crença de que os outros também tomam parte em um grande número (*just distribution of burdens*);

3 – que eles considerem que o programa foi organizado levando em conta procedimentos de justiça, o que surge no momento de sua implementação. Por exemplo, os cidadãos podem considerar uma guerra justa, pois podem vê-la como uma guerra defensiva, mas podem, apesar disso, não concordar ou considerar injustos os procedimentos para selecionar qual jovem homem deve lutar (*procedural justice*).

Rothstein (1998) ressalta, então, que duas dessas condições estão relacionadas com a maneira como as instituições são organizadas, o que concerne àquilo que o estado pode fazer. Ou seja, o modo como as instituições são desenhadas é decisivo para termos uma ideia de que tipo de estado irá prevalecer. Para o autor, as questões “o que o estado é” e “o que deve ser” convergem em uma análise de como as instituições são desenhadas.

5. 3 - Políticas Públicas Democráticas

Os princípios da justiça não são axiomas que devemos adotar para julgar nossos arranjos institucionais e relações sociais. São, sim, parâmetros que, ao serem adotados por quem analisa, constituem um critério de avaliação que, como sugere Rawls, deve funcionar de forma independente para a análise do procedimento e do resultado. Seria ingenuidade acharmos que encontraremos em nossas sociedades os princípios da justiça como equidade e que estes podem ser aplicados a quaisquer arranjos. Muito menos podemos incorrer no risco de adotá-los como referência valorativa superior a outros princípios de justiça, o que nos levaria a uma análise enviesada e sempre negativa da realidade. Como parâmetro adotado para análise, os princípios liberais igualitários são úteis na compreensão do arranjo que nos propomos a analisar como

uma maneira de elucidar os princípios presentes nas relações que se estabelecem sob determinado arranjo.

Adoto-os como critério de análise razoável quando o foco é um arranjo social democrático cuja definição de cidadão se fundamenta na liberdade e na igualdade humana fundamental.

Não proponho uma análise de políticas públicas cunhada em qualquer espécie de transcendentalismo institucional – postura que Amartya Sen, em **The Idea of Justice** (2009), afirma caracterizar a teoria de Rawls⁷⁸ – mas sim uma que se realize a partir do estabelecimento de parâmetros de justiça que orientem a análise e o julgamento dos arranjos institucionais definidores da política e do comportamento dos indivíduos quando em relação com a política, seja como usuários, produtores ou enquanto cidadãos cuja relação não se estabelece diretamente com a política, mas que são afetados por ela, como é o caso no SUS⁷⁹.

No que se refere à relação do indivíduo com a instituição, como vimos, a suposição de Rawls é a de que a ação individual nesses casos é guiada pelos princípios de justiça que são a base da instituição e que seus julgamentos e decisões são informados de acordo com as exigências apresentadas por cada estágio de aplicação dos princípios de justiça.

⁷⁸ Amartya Sen afirma que, ao definir seus princípios de justiça em termos puramente institucionais, Rawls aproxima-se de uma visão essencialmente institucionalista da Justiça, que o autor define como transcendentalismo institucional, pois as normas estão dadas por um acordo hipotético que não tem relação com a realidade de nossas sociedades. Para Sen, uma compreensão o mais completa possível das relações sociais que de fato surgem das instituições é de suma importância para sabermos se estamos fazendo a coisa certa ou se podemos melhorar. Sen critica duramente a postura rawlsiana e assinala: “In contrast with such institutional approaches, there are theories of justice and of social choice that take extensive note of the social states that actually emerge in order to assess how things are going and whether the arrangements can be seen as just.” (SEN, 2009, p. 86)

⁷⁹ Apenas como esclarecimento deste último ponto: muitos cidadãos brasileiros não fazem uso direto dos centros de saúde ou pronto socorros e hospitais diretamente administrados pelo SUS e, por isso, não estabelecem uma relação próxima e direta com a política, o que também dificulta o desenvolvimento de um laço de identificação com o sistema. Mas são atendidos pela política via serviços com os quais não lidam diretamente, como os prestados pela Vigilância Sanitária, aqueles prestados pelo setor suplementar ou até mesmo pelo privado em consonância com o setor público. Ademais, a política de saúde é intervencionista, estabelecendo padrões de comportamento que influenciam no cotidiano, interferindo e até modificando crenças culturalmente arraigadas.

Contudo, não podemos afirmar que é assim que o processo se efetiva na realidade, pois a prática política é orientada por uma miríade de valores. O comportamento dos usuários de uma política pública pode estar orientado por diversas razões diferentes e até mesmo contraditórias às da política, abarcando desde interesses puramente pessoais até concepções abrangentes do bem incompatíveis com determinadas premissas da política (como o que acontece na discussão que a sociedade brasileira vem travando a respeito da legalização do aborto). Da mesma forma, um comportamento purista, extremamente fiel às normas, pode levar a um enrijecimento da política, tornando-a incapaz de lidar com o novo e adaptar-se a mudanças culturais e sociais.

Quando pensamos em uma instituição, estamos refletindo sobre uma relação entre sujeitos que definem, redefinem e se submetem às normas da instituição através de um processo marcado por relações de poder em um jogo de forças que está constantemente recriando a instituição em sua prática cotidiana. O que se espera é que, para que a instituição seja justa e responda aos seus propósitos, esse processo se desenvolva de acordo com os princípios que a definem e justificam seus fins.

Se instituições justas importam, não podemos negligenciar o fato de que essas instituições estabelecem-se em relação com os indivíduos que delas também são parte. Por isso, a neutralidade estatal é importante, pois é ela que permite que as diferentes concepções de bem sustentadas por seus cidadãos façam parte do debate, fazendo com que as instituições se ajustem ou não a elas sem negar o princípio de justiça que as fundamenta. É preciso que haja reconhecimento tanto entre o cidadão e a instituição quanto entre os cidadãos que dela participam.

Pensar a relação Estado e Sociedade, bem como os princípios que pautarão a relação entre os indivíduos e a instituição, implica também considerar a cultura política que orienta essas relações. Sabemos que postularmos constitucionalmente que os cidadãos são todos livres e iguais não significa que esses princípios serão a base das relações entre esses cidadãos, embora possamos assumi-los como parâmetro para

julgar tais relações.

No caso brasileiro, é mister questionar até que ponto o ideal da cidadania igual é pedra fundamental das relações no espaço público sem cairmos, no entanto, na armadilha de avaliá-las simplesmente a partir de um ethos público negativo, marcado por relações ainda influenciadas por traços patriarcais, de compadrio e por sua hierarquização excludente com uma privatização do público que funciona a serviço daqueles que estão no poder.

Sem delongar a questão, aponto para o fato de que a cultura política brasileira ainda é percebida por alguns autores como influenciada pelas relações de compadrio, clientelismo e coronelismo que a marcaram no passado e que construíram um Brasil dual, capaz de criar uma imagem de desenvolvimento e modernidade assumida como verdade em seu discurso enquanto a realidade das massas ficou relegada à sombra de uma sociedade extremamente desigual e injusta.

Como coloca Telles (1999), por muito tempo, a pobreza foi naturalizada e, enquanto tal, deixou de ser inscrita no âmbito da trama social. Mas, ao longo do séc. XX, a pobreza e a desigualdade, de alguma forma, estiveram presentes nos discursos e nas promessas de políticos, sem serem, no entanto, questionadas e debatidas em seu cerne e sem que a iniquidade aparecesse como questão a ser resolvida. A questão é que, após todo o processo de modernização vivido pela sociedade brasileira no séc XX e após as transformações que de fato se operaram visando à construção de uma sociedade democrática e igualitária, a iniquidade – que, na contramão da modernidade, aprofundou-se – ficou cada vez mais evidente, de modo que já não pode mais ser tratada e calada como se não fizesse parte de nossa realidade.

Durante o processo de redemocratização da sociedade brasileira, a pobreza e a desigualdade passam a ser assumidas como dívida social a ser resgatada. São promulgadas uma Constituição e outras leis cujo ponto de partida é uma definição de cidadão fundamentada pela igualdade e pela liberdade. Os direitos sociais e os deveres do Estado são definidos com o intuito de realização desse ideal, fazendo que o Estado

tenha seu papel e atuação fortalecidos com políticas públicas inscritas em uma concepção redistributiva.

Hoje, passadas duas décadas, a pobreza e a iniquidade continuam a insistentemente bater em nossas portas, figurando vigorosamente como protagonistas do discurso público e dos programas de governo – como o bolsa família e todos os seus semelhantes – ao mesmo tempo em que percebemos aprofundar a distância existente entre lei e realidade.

O espanto sublinhado por Telles (1999) - nos termos de Roberto Schwarz⁸⁰ - é que, na sociedade brasileira, a pobreza continua a ser notada e registrada, mas essa realidade não se constitui como referência cognitiva e valorativa.

Seria possível dizer que essa figuração pública da pobreza diz algo de uma sociedade em que vigoram as regras culturais de uma tradição hierárquica, plasmadas em um padrão de sociabilidade que obsta a construção de um princípio de reciprocidade que confira ao outro o estatuto de sujeito de interesses válidos e direitos legítimos. Como bem nota Roberto Da Matta, essa é uma matriz cultural própria de uma sociedade que não sofreu a revolução igualitária de que falava Tocqueville, em que leis, ao contrário dos modelos clássicos, não foram feitas para dissolver, mas para cimentar os privilégios dos “donos do poder”; e em que, por isso mesmo, a modernidade anunciada pela universalidade das regras formais não chegou a ter o efeito racionalizador de que trata Weber, convivendo com éticas particularistas do mundo privado das relações pessoais que, ao serem projetadas na esfera pública, repõem a hierarquia entre pessoas no lugar em que deveria existir a igualdade entre indivíduos. (TELLES, 1999, p.86, 87)

Ou seja, nossas relações no espaço público são, de acordo com esse enfoque,

⁸⁰ Telles (1999) inicia sua argumentação chamando a atenção para a análise que Roberto Schwarz realiza sobre a sociedade brasileira do século XIX, na qual Schwarz tematiza o descompasso entre representação e real em uma sociedade marcada pela experiência do desconcerto – de onde advém o espanto de Telles e de Schwarz - entre o querer-se moderna, cosmopolita e civilizada, mas ao mesmo tempo conviver placidamente com realidade da violência, do arbítrio e da iniquidade, desconcerto que para Vera Telles permanece, mas em outra chave. .

marcadas pela antiga dicotomia público x privado, na qual o primeiro é usado para a realização de interesses pessoais das classes que concentram o poder econômico e político, a despeito dos interesses e demandas da maioria da população. Com relações hierarquizadas transpostas para o espaço público, a noção de participação popular e os espaços que foram criados ao longo das últimas duas décadas no âmbito do Estado para sua efetivação esvaziam-se de sentido e os direitos proclamados com base em uma cidadania fundamentada pela igualdade tornam-se letra morta.

Apesar de esse sentimento de “direito que não se faz valer” estar cada vez mais presente no cotidiano dos brasileiros, principalmente no daqueles que vivem a realidade da pobreza brasileira, essa chave não dá conta da análise do significado e das mudanças realizadas a partir da constituição de 1988, como aquelas provocadas pelas políticas públicas e espaços de participação extraparlamentares, por mais tímidas que elas possam nos parecer. Ao mesmo tempo, a chave rawlsiana também é insuficiente, já que nossa realidade está muito aquém da sociedade justa pensada por Rawls.

Lavalle (2004), refletindo sobre as consequências de determinada definição de ethos público nas análises do público no Brasil, já chamou a atenção para o fato de que não podemos pensar a relação entre o estado e a sociedade e, no nosso caso, entre a instituição e os indivíduos a partir daquilo que ela não é⁸¹. Quando classificamos, adjetivamos as relações no espaço público através de um critério universalizante baseado em um ideal de cidadão e de cidadania (no caso, republicano) que não encontramos na realidade. Findamos, então, incapazes de ler a realidade.

O autor mostra as consequências de tal leitura que terminou por consolidar um

⁸¹ Lavalle desenvolve uma crítica ao peso exacerbado atribuído ao valor cultural na análise das relações no espaço público no Brasil. O autor assinala que a lógica do ethos e suas operações, raciocínio circular e banalização da anomalia dificultam o avanço rumo a um entendimento mais compreensivo e satisfatório da configuração do espaço público no Brasil: “Na verdade, tanto o raciocínio circular como o apelo à anomalia, alicerçado na pressuposição de um modelo cívico, funcionam com harmonia entre si na interpretação do espaço público: ambas as operações se organizam estabelecendo relação complementar, na qual presença e ausência estão imbricadas como se fosse uma relação entre côncavo e convexo. Uma vez introduzido o ethos, a primeira operação repõe as feições do espaço público, por definição pré-modernas, enquanto a invocação da anomalia repõe o modelo cívico que, pelo contrário, é inerentemente moderno.” (LAVALLE, 2004, p.161)

entendimento do Brasil a partir de categorias negativas, uma leitura do espaço público que ocorre a partir de duas premissas centrais: uma de instituições políticas que pouco representariam a realidade social, já que tratamos de uma sociedade cuja característica marcante é dada pelo desacoplamento entre Estado e Sociedade, a outra, da inexistência de grupos sociais capazes de encarnar interesses sociais amplos. Em suas palavras,

“...a “ausência de povo”, a “insignificante lambujem de gente livre”, a impossibilidade de uma “moral poderosa” e o “artificialismo” das ideias. Assim, a vida pública corrompida ou moldada pelo predomínio esmagador de uma vida privada - edificada sobre a escravidão – assumiu o estatuto de empecilho fundamental para a construção de um espaço público genuinamente moderno no país.” (LAVALLE, 2004, p.168)

A questão central é não correremos o risco nem do institucionalismo, nem de uma leitura culturalista quando tratarmos da relação entre a política pública e o indivíduo, este, cidadão e, portanto, seu usuário. Ambos os lados devem ser considerados nessa relação. Se instituições com normas claras, de acesso público e reconhecidamente justas são essenciais se o que queremos são resultados justos, também é preciso julgar a justiça desses resultados a partir da cultura política daqueles que fazem parte da instituição e lembrarmos que suas normas são, em grande medida, também fruto dessa cultura e de suas crenças e valores morais.

Rawls (2005) busca uma concertação entre esses diferentes valores quando nos diz que a atuação dos indivíduos em uma democracia, quando em relação com as instituições da estrutura básica na qual nasceram e com a qual terão de lidar para o resto de suas vidas, deve estar baseada na razão pública e não em concepções abrangentes do bem. Isso se justifica já que essas não deveriam pautar a atuação política dos indivíduos enquanto cidadãos no espaço público, pois se trata do exercício do poder político coercitivo, exercidos uns sobre os outros pelos os cidadãos,– que,

para ser legítimo, precisa ser justificado. Dessa forma,

“Já que o exercício do poder político precisa, ele próprio, ser legitimado, o ideal de cidadania impõe um dever moral e não legal – um dever de civildade – que requer a habilidade de explicar uns aos outros, quando se tratar de questões fundamentais, como os princípios e políticas pelas quais advogam e votam podem ser defendidos pelos valores políticos da razão pública. Esse dever também envolve a propensão a ouvir aos outros e a julgar justamente ao decidir quando ajustes aos seus argumentos precisam, razoavelmente, ser feitos.” (RAWLS, 2005, p.217)⁸²

Mas talvez seja demasiado exigirmos ou, simplesmente, esperarmos isso das pessoas, o que nos faz considerar que concepções abrangentes do bem surgirão na arguição no espaço público, que interesses pessoais entrarão em cena. Então, o importante é que os indivíduos sejam capazes de articular diferentes referências que elucidem a questão sob a qual devem deliberar.

A partir dessas considerações, pontuo a seguir elementos que considero fundamentais para a análise das políticas públicas, além de fazer algumas observações sobre eles. São eles, seguindo a proposta de Rothstein: a história da política, seu desenho, seu processo de implementação e sua legitimidade.

A história da instituição é fundamental para que se possa conhecer como surgiu a demanda pela política e como seus princípios e normas foram acordados pelos diferentes atores e grupos envolvidos. Obviamente, os interesses dos atores envolvidos e, é claro, dos grupos que eles representam, influenciam o acordo, resultado de um jogo de forças que dá voz a valores e princípios de justiça social não só diferenciados

⁸² Tradução da autora, texto original: “And since the exercise of political power itself must be legitimate, the ideal of citizenship imposes a moral, not a legal, duty – the duty of civility – to be able to explain to one another on those fundamental questions how the principles and policies they advocate and vote for can be supported by the political values of public reason. This duty also involves a willingness to listen to others and a fair-mindedness in deciding when accommodations to their views should reasonably be made.” (RAWLS, 2005, p. 217)

como até mesmo contraditórios. Nesse jogo, nem sempre se expressa a opinião daqueles que serão seus usuários, alvo central e razão da instituição.

Em uma democracia, as políticas públicas são – ou, ao menos, deveriam ser – resultado do “exercício da razão humana”. No caso brasileiro, as políticas públicas são parte da realização de princípios acordados constitucionalmente, que têm como um de seus objetivos a garantia dos direitos do cidadão e carregam um ideal de justiça em sua proposta. Trata-se, mais especificamente, de um ideal de justiça distributiva, na medida em que sua finalidade são os direitos sociais.

Temos, na constituição de 1988, uma definição de cidadão e de seus deveres e direitos, bem como do papel do Estado e de suas instituições que é a fundamentação das políticas públicas cujos procedimentos são determinados nas leis que as regulamentam. A finalidade das políticas públicas, nesse sentido, é a realização do ideal de cidadão e de Estado definidos constitucionalmente. É nesse ideal que está a concepção de justiça social com a qual a sociedade brasileira comprometeu-se.

A história de nossas políticas públicas (e acredito que a política de saúde, nesse sentido, seja emblemática) confunde-se com a da construção de uma sociedade democrática e de um contrato social que se traduz na letra constitucional. Embora os primeiros debates em torno de uma política de saúde mais justa datem de um período histórico político anterior da sociedade brasileira, é no período de redemocratização que se desenham com mais nitidez as diferentes vertentes políticas em torno de como definir saúde e de como organizar a política.

O entendimento do SUS passa pelo entendimento desse momento e pela identificação dos diferentes projetos políticos que estavam em pauta no período, pois alguns deles, mesmo que pautados por concepções contraditórias de justiça social, foram incorporados na formulação de nossa política pública de saúde.

O próximo passo demanda a análise do desenho da política, de sua Lei e de suas normas. Porém, a existência de uma lei definidora dos princípios e normatizadora da política não implica diretamente sua realização, pois o processo de implementação das

políticas públicas incorpora questões imprevisíveis – ou, simplesmente, não passíveis de serem previstas no momento de elaboração da lei – que influenciam diretamente a execução da política e que devem ser consideradas quando a análise recai sobre a justiça/injustiça da instituição.

Ainda no que se refere ao processo de implementação da política, é preciso avaliar o espaço ocupado pelos usuários na instituição: quais são esses espaços de participação e como eles funcionam, ou seja, quais são os procedimentos adotados pela política para garantir a participação dos atores nela envolvidos? Esses fatores devem ser analisados considerando seu impacto sobre a política.

Como vimos no primeiro capítulo, segundo Rawls, as normas das instituições devem ser públicas em uma sociedade justa, o que significa que elas são *resultantes de um acordo e que todos sabem o que esperar das instituições*, o que possibilita um fundamento comum para as expectativas mútuas das pessoas. A publicidade das normas e a transparência dos atos facilitam e favorecem a participação dos diferentes atores durante todo o processo de produção de uma política pública e também os capacita, garantindo à discussão pública uma qualidade que não seria possível sem esse conhecimento.

Outra importante dimensão da análise é a legitimidade da instituição. A realização dos fins de uma política e a legalidade de seus atos perante as suas próprias normas e perante as leis constitucionais seria, hipoteticamente, aquilo que nos autorizaria a falar sobre a legitimidade de uma instituição, ou seja, sobre o que se espera de uma instituição para que seja considerada justa. Entretanto, isso não é suficiente, pois é preciso também incluir as opiniões sobre sua legitimidade daqueles que são seu público-alvo: de seus usuários, daqueles que dela participam enquanto produtores ou colaboradores e, também, de atores relevantes que não estão diretamente envolvidos com a política mas que constituem importante audiência para sua justificação.

A opinião das pessoas sobre a política é apenas um aspecto, não sendo parâmetro único para a definição da legitimidade de uma instituição. É possível uma

instituição ser injusta, por ter sido definida por um arcabouço normativo e por leis que expressam apenas as opiniões e interesses dos grupos mais influentes, e, ao mesmo tempo, não ser percebida enquanto tal, considerando que outros grupos com ela envolvidos podem não ter uma real dimensão do significado de tais leis, de modo que acabam por naturalizar a injustiça, mesmo sendo eles os alvos da injustiça e, portanto, os maiores prejudicados⁸³.

Isso significa que esses dois aspectos – o da legalidade e o da opinião das pessoas – precisam ser somados, mas, ainda assim, não é possível afirmar que eles apresentem uma forte razão para justificar⁸⁴ a existência, a autoridade e o reconhecimento da instituição.

Pode ser que muitos se questionados não sejam capazes de apresentar as razões pelas quais consideram uma instituição justificável. A longa existência de uma política ou de seu modo de fazer, por exemplo, pode, por si só, tornar inquestionável sua justificativa.

Chegamos, neste ponto, ao argumento da eficácia, que abarca a legalidade e o cumprimento dos propósitos normativos – no caso do Sistema Único de Saúde, a garantia da saúde como um direito universal, bem como as expectativas e as opiniões das pessoas sobre a instituição.

Estou distinguindo a *opinião* das pessoas sobre a instituição de suas *expectativas* como um recurso que nos possibilite pensá-las em momentos distintos, pois a opinião das pessoas estará intimamente relacionada ao atendimento – ou não – de suas expectativas. No entanto, as expectativas são anteriores e influenciarão na relação que

⁸³ Esse comportamento pode se justificar pela forma como as pessoas percebem e com base em quais argumentos e comportamentos articulam suas concepções em torno daquilo que julgam justo ou injusto. Como mostra Amartya Sen, adequamos nossas expectativas a nossa realidade e, se não temos um leque abrangente de referências a partir do qual julgar as instituições ou o comportamento dos outros em sociedade, podemos nos tornar incapazes de perceber a fonte e o alvo da injustiça.

⁸⁴ Morris (2005, p.159), ao comentar sobre a legitimidade dos Estados, coloca que: “De forma ampla, justificar algo é mostrar que é justo ou certo, razoável ou ainda, autorizado; é validar ou provar. Em contexto epistêmico, a justificação concerne a crenças ou declarações. Em termos práticos, é principalmente apelar para atos ou poderes a fim de justificá-los. Justificar um Estado, então, seria mostrar que seus poderes são justos (ou certos) ou razoáveis.”

estabelecerei com a instituição. Uma expectativa muito modesta poderá levar à formação de uma opinião extremamente positiva, como ocorreria caso os resultados alcançados em minha experiência particular com a instituição superem as minhas expectativas, mas o oposto também pode acontecer.

Portanto, a legitimidade de uma instituição deve se justificar com base em sua legalidade, eficácia e também com relação aos seus valores e princípios normativos perante a sociedade.

VI – O procedimento Democrático e a Justiça Social

Para que possamos iniciar a análise do SUS, ainda nos resta uma questão a ser resolvida do ponto de vista das teorias da justiça: a democracia. Essa é noção fundamental para o SUS e está presente desde o momento de sua formulação. Claro, a democracia como questão estava dada para as políticas públicas em geral no processo político de transição da ditadura militar para a redemocratização, mas dois componentes da noção democrática são incorporados como princípios do sistema de saúde, são eles a participação direta e a descentralização da gestão, e, ambos componentes somados têm como propósito a realização de políticas públicas socialmente mais justas.

A conexão entre democracia e justiça não é clara, bem como o pensar a democracia a partir da teoria da justiça rawlsiana. Este capítulo tem como propósito apresentar argumentos pelos quais conectar democracia e justiça e a partir deles pensar as experiências democráticas instauradas no âmbito da política tendo a justiça social por finalidade.

Claramente, democracia e justiça não são a mesma coisa e, portanto, não têm a mesma finalidade. No entanto, a democracia e seus procedimentos são considerados superiores – por aqueles que a valorizam - a outras formas de governo justamente porque ela nos garantiria um resultado mais justo.

O SUS é uma instituição formulada em um momento político no qual a sociedade brasileira se reconstruía em oposição a uma ditadura militar que organizou o Estado e as políticas públicas a partir de concepções opostas àquelas de uma democracia, de maneira a serem percebidas pela sociedade como injustas.

A redemocratização brasileira ganha força nos anos 1980 com o surgimento de uma sociedade civil que passa a reivindicar e, mais tarde, a ocupar os espaços públicos dentro e fora do Estado, visando a assegurar uma sociedade mais igualitária, composta

por cidadãos que, enquanto sujeitos portadores de direitos (nesse momento, ganha força a noção de “direito a ter direitos”), reivindicam a participação na gestão pública em oposição a um Estado centralizador e autoritário.

A aposta no papel da sociedade civil e desses espaços públicos na construção de uma nova ordem com relações mais igualitárias foi alta. Tínhamos a formação de uma “nova” sociedade civil, que, ao invés de confrontar-se diretamente com o Estado, passou a pautar sua atuação a partir da possibilidade de negociação com ele. Essa sociedade civil foi marcada por uma atuação conjunta que, por sua natureza, garantiria uma gestão pública mais concernente aos interesses e necessidades – ou seja, às expectativas – desses atores.

É relevante notarmos que a participação brasileira, fortemente influenciada pela Igreja Católica num primeiro momento, caracteriza-se por uma relação mais horizontal entre os atores sociais, relação essa de autonomia e dependência dos atores sociais em relação ao Estado, pois os primeiros, ao mesmo tempo em que reivindicam deste a provisão de bens públicos, defendem a autonomia de suas organizações perante o Estado (AVRITZER, 2010). Esse padrão influenciou o desenho das políticas públicas e as relações que vieram a se estabelecer nos espaços de participação nelas incorporados.

Discutirei brevemente, na primeira parte deste capítulo, como a legitimidade democrática passa a ser questionada perante os resultados alcançados pelas democracias contemporâneas e, particularmente no caso brasileiro, a partir dos resultados dos espaços de participação extra-parlamentares que são parte do cotidiano de nossas políticas públicas.

Em seguida, retomo a argumentação rawlsiana sobre como considerar a democracia a partir da justiça como equidade para então apontar alguns pontos de conexão entre justiça e democracia que nos auxiliam a pensar o procedimento democrático e seus resultados a partir da concepção liberal igualitária de justiça.

Finalizo apontando algumas questões que considero relevantes para a análise dos

procedimentos democráticos e, em última instância, para a análise de procedimentos adotados por políticas públicas democráticas quando o objetivo da análise é questionar a justiça da política.

6. 1 - A Legitimidade Democrática

A discussão em torno da legitimidade democrática, que surge principalmente com o fim da guerra fria, tem como ponto central a legitimidade do procedimento representativo. Como o cerne da representação está na autorização outorgada pelo cidadão àquele que o representa, haveria, assim, consentimento popular para com os atos de seus governantes, que têm um compromisso com o atendimento de suas expectativas.

A regra da maioria, inerente a representação, apresenta-se como um problema a ser enfrentado⁸⁵, já que ela dificilmente contemplará as minorias, muitas vezes política, econômica e culturalmente mais fragilizadas, a não ser que atender as suas demandas seja, de alguma forma, vantajoso aos grupos majoritários que concentram o poder político e, portanto, o poder de decisão no jogo democrático. Como assinala Vita (2003, p.115), “quando os pobres deixam de constituir a maioria da sociedade, a tomada de decisões por meio do processo democrático não oferece nenhuma garantia, por si mesma, de que seus interesses serão levados em conta pela maioria relativamente mais privilegiada.” O resultado obtido poderá, dessa forma, traduzir-se em injustiça para com aqueles que, por serem minoria, não terão suas demandas contempladas, da mesma forma como poderá erigir-se a despeito de uma das razões morais fundamentais da democracia, já que desta espera-se que atenda às expectativas de seus cidadãos, expectativas que, em grande parte se referem-se às suas preferências

⁸⁵ Questão já presente na reflexão de Tocqueville, que viu na democracia o predomínio dos interesses pessoais, fazendo com que a natureza do público na democracia fosse garantir o bem-estar-pessoal. Nesta concepção “o interesse do público consiste em assegurar, através de um consenso democrático, um governo que proteja o bem estar material (das pessoas)” (MAGALHÃES, 2000, p.150)

personais destes⁸⁶.

Acrescento a essa consideração uma observação: em democracias como a brasileira e como as demais democracias latino-americanas, os pobres e os grupos destituídos de poder político constituem maioria numérica, mas, mesmo assim, não conseguem ter suas demandas e preferências atendidas e representadas porque há uma profunda desigualdade na distribuição de recursos políticos, tais como dinheiro, educação, recursos cognitivos, tempo livre; recursos esses que não dependem somente da vontade e da atuação do indivíduo.

Analisando o estado e a democracia na América Latina, O'Donnell sublinha,

“Hoje, embora sob regimes democráticos e da crescente consciência de direitos (...) este estado é acanhado, no sentido de que, exceto ocasionalmente, costuma ser surdo ou pouco consistente em relação às demandas e interesses de grande parte de sua população. Além disso, quando classes e setores subordinados conseguem incluir direitos no sistema legal, não é raro que esses direitos, seguindo uma longa tradição na região terminem sendo letra morta ou sejam revertidos(...)”.(O'DONNELL, 2011, p. 177)

Ainda pensando sobre a representação, é preciso sublinhar que a prática nos demonstrou que até mesmo as expectativas da maioria – supondo que os pobres sejam maioria e que tenham uma participação efetiva no sistema eleitoral – podem não ser contempladas, pois isso depende de diferentes variáveis que vão da organização de um sistema eleitoral eficaz e de uma justa distribuição dos recursos políticos ao cumprimento do compromisso assumido pelos representantes perante a população. A questão é que, caso consideremos a tirania da maioria uma questão de justiça social, não podemos negligenciar o papel que os grupos econômica e politicamente influentes, maioria ou não, têm nesse processo.

⁸⁶ Goodin (2004) diferencia preferências de razões. As primeiras referem-se às razões internas das pessoas, razões subjetivas nas quais os agentes apoiam-se para justificar seus atos; já razões são aquelas avaliações objetivas validadas por justificativas externas ao agente, correspondentes ou não as suas crenças e preferências pessoais.

Na democracia competitiva, a princípio, o processo distribui o poder político, já que cada eleitor teria a chance de ter suas preferências representadas por seu líder político eleito. Este, por sua vez, assumiria esse compromisso visando à competição por votos e a garantir sua permanência no poder. Dessa forma, o procedimento é um fim em si mesmo e a justiça de seu resultado é garantida pela justiça do procedimento.

É, a primeira vista, da insuficiência do procedimento democrático – representativo e competitivo – que surgem as exigências de prestação de contas, de controle social e de participação direta no processo decisório.

Com a representação via voto vista como insuficiente, gestava-se uma *nova ordem*, que buscou uma gestão descentralizada das políticas públicas com participação direta da sociedade civil, enfatizando a importância da escuta, da fala e do local. Enquanto no plano teórico a participação ganha status de expressão máxima da democracia, a ela associam-se dois valores fundamentais para a democracia: a igualdade e a autodeterminação.

Igualdade que, na tradição participativa, traduz-se na garantia de igual tratamento a cidadãos moralmente iguais, sujeitos capazes de formular suas próprias concepções de bem e de escolher, participando politicamente. E autodeterminação presente na capacidade de se submeter às consequências de suas decisões políticas. Embora a participação não signifique o fim da representação via eleições, nesse contexto, ela passa a ser vista como um fim em si. (LAVALLE, 2011)

Como mostra Lavallo (2011), a associação dos modelos participacionistas à tradição republicana atribuiu à participação virtudes como: a formação cívica (a participação passa a ser percebida como uma forma de formar, educar o cidadão), a capacidade de fortalecer os laços sociais e, finalmente, o sentimento de pertença, fortalecendo a formação de identidades políticas e legitimando as instituições políticas. Além disso,

Associa-se à participação a capacidade de gerar efeitos distributivos

quando realizada no marco de instituições incumbidas de orientar as políticas e as prioridades de alocação desses recursos públicos. Os efeitos distributivos, todavia, são apenas uma subcategoria da relação mais geral entre participação e a capacidade da sociedade de influir nas políticas públicas e, em termos mais gerais e ambiciosos, de racionalizar o exercício do poder político. (LAVALLE, 2011, p. 107)

Trata-se de uma *nova ordem* na qual a legitimidade democrática passa a incorporar, também, o léxico da proximidade. Rosanvallon (2009), embora refletindo sobre um contexto diferente, coloca bem a questão: proximidade significa uma nova modalidade de relação entre governados e governantes, na qual

Para estos últimos, quiere decir en ese caso estar accesibles, ser receptivos, en situación de escuchar; también significa responder a las demandas, aceptar explicarse sin ampararse tras la letra del funcionamiento institucional; implica, pues, exponerse, actuar de manera transparente bajo la mirada del público; del otro lado es darle a la sociedad la posibilidad de hacer oír su voz, de ser tomada en consideración. La proximidad evoca, en tercer lugar, una atención a la particularidad de cada situación. (ROSANVALLON, 2009, p.249)

Com a participação vista como um fim em si mesma, incorremos no mesmo erro, o de avaliar a democracia e a legitimidade de suas instituições apenas via procedimento, já que ela passa a ser requisito de legitimidade democrática. A questão que se coloca é como considerar a democracia a partir de concepções substantivas voltadas para o conteúdo e significado do resultado alcançado.

6. 2 - Democracia: um requerimento da Justiça como Equidade

A noção de sociedade democrática encerra dois valores fundamentais: a liberdade e a igualdade. A ideia de uma sociedade de iguais e livres funciona muito mais como um ideal normativo a ser perseguido do que como definição da prática de nossas

sociedades. Segundo Bobbio (1996, p.8), a menor ou maior *democraticidade* de uma sociedade mediria-se dessa forma pela maior ou menor liberdade de que desfrutam seus cidadãos e pela maior ou menor igualdade existente entre eles. Mas sabemos que a democracia coloca-nos outros princípios e procedimentos para sua concretização que também devem ser somados a essa avaliação, principalmente quando o que se quer é avaliar a qualidade ou justiça dos resultados obtidos.

De acordo com Habermas (2009), as democracias modernas conectam ao menos três elementos fundamentais para a sua definição: a autodeterminação dos cidadãos, que têm o direito a liberdade e a levar uma vida autônoma; a inclusão de cidadãos livres e iguais na vida política, ou seja, a cidadania democrática; e a existência de uma esfera pública, que conecta Estado e sociedade civil.

Independentemente das diferenças entre os diversos textos constitucionais, de ordenamento jurídico e de organização institucional existentes entre as nossas democracias constitucionais, ao menos três elementos são comuns às nossas constituições: 1 - a proteção ao Estado de direito e às liberdades individuais, que se traduz em liberdades básicas iguais, em proteção jurídica e na sujeição da administração pública à lei; 2 – a garantia da participação política de seus cidadãos, através da garantia do direito à associação, do direito ao voto e à participação no processo eleitoral, da competição entre partidos e propostas de governo e do princípio da maioria nos processos representativos; 3 – a defesa da liberdade de expressão, de informação, de imprensa e de sua pluralidade, a separação entre o Estado fiscal e a sociedade econômica e as regulações que impedem o monopólio da esfera pública por parte de pequenos grupos.

“Sin embargo, dichos elementos quedan concertados transitivamente de maneras diferentes en las distintas tradiciones de pensamiento político. La tradición liberal revela una preferencia por las libertades de los ciudadanos, mientras que la tradición republicana e la tradición deliberativa acentúan respectivamente la participación de los ciudadanos activos en la formación democrática de la voluntad o la formación de

opiniones públicas racionales en lo posible.” (HABERMAS, 2009, p. 139)

Ainda seguindo Habermas (2009), apenas ressaltarei algumas características gerais de cada uma dessas tradições para, em seguida, pensarmos em princípios que estão presentes tanto nas diferentes concepções democráticas como na justiça igualitária e que nos servirão de guia para pensarmos as experiências democráticas, no caso deste trabalho, o SUS.

Uma constituição liberal concentra-se, acima de tudo, na institucionalização dos direitos humanos e na proteção das liberdades fundamentais. O Estado constitucional, aqui, deve garantir que seus indivíduos sigam e realizem seus planos de vida (não como proposto por Rawls que, como vimos no capítulo anterior, vai além da defesa dos direitos negativos de liberdade⁸⁷).

A tradição republicana está voltada para o exercício da soberania popular, o que requer um ethos cidadão conectado com a comunidade e com seus interesses, um “eu” enraizado conforme a argumentação comunitarista em oposição a um “eu” desinteressado da tradição liberal. Na concepção republicana, o poder estatal provém do povo e se renova no processo democrático. Para o exercício desse poder, é preciso que os cidadãos sejam capazes de ajustar suas preferências a objetivos determinados socialmente.

No modelo deliberativo, a busca cooperativa para a resolução de um problema comum se sobressai tanto perante a agregação de interesses de seus cidadãos de concepção liberal quanto diante do ethos coletivo de cidadãos na concepção republicana. O foco da concepção deliberativa está na racionalidade dos discursos e das negociações.

“El modelo deliberativo espera que con la incorporación de la voluntad

⁸⁷ Entendo direitos negativos de liberdade de acordo com a definição de Berlin (2002, p. 229): “A liberdade política nesse sentido é simplesmente a área na qual um homem pode agir sem ser obstruído por outros. Se outros me impedem de fazer o que do contrário eu poderia fazer, não sou nessa medida livre; e, se essa área é restringida por outros homens além de certo valor mínimo, posso ser descrito como coagido ou, talvez, escravizado.”

de los electores y de los procedimientos formales de deliberación y decisión se dé en la circulación vital y en lo posible no dirigida de las opiniones públicas una presión de racionalización que mejore la calidad de las decisiones.” (HABERMAS, 2009, p.141)

Para a justiça como equidade, a democracia é um requerimento da justiça cujo objetivo é fornecer elementos que guiem os julgamentos dos cidadãos no exercício de suas responsabilidades políticas.

Embora a justiça como equidade seja uma concepção procedimental de justiça (uma concepção de justiça liberal não poderia deixar de sê-lo), ela também possui um conteúdo substantivo, pois não está voltada apenas para o processo de tomada de decisões, mas também para os resultados desse processo. Assim, decisões que violem direitos que devem ser protegidos pela estrutura básica da sociedade, mesmo que tomadas democraticamente, serão consideradas injustas.

“Um procedimentalista, por sua vez, rejeita padrões de justiça que não sejam aqueles do processo democrático: o procedimentalista diria que nenhuma norma pode ser coercitiva em um processo democrático se não for fruto deste mesmo processo. Portanto, um democrata procedimentalista diria que a justiça requer um processo democrático e (provavelmente) que qualquer resultado de um processo democrático é justo.” (COHEN, 2006 p.91)⁸⁸

A justiça como equidade conecta justiça e democracia a partir de três noções: a primeira é a de que o conteúdo de uma concepção de justiça razoável requer um sistema político democrático, a segunda é a de que a fundamentação desses princípios baseia-se na ideia de uma sociedade democrática entendida como uma sociedade de iguais e a terceira é a de que é papel dos princípios de justiça guiar os julgamentos dos

⁸⁸ Tradução minha, texto original: “A proceduralist, in contrast, rejects standards of justice other than requirements of democratic procedure: the proceduralist says that no norms are binding on a democratic process other than those that emerge through that process. So the democratic proceduralist says that justice requires democratic process and (perhaps) that any outcome of an open democratic process is just.” (COHEN, 2006, p.91)

cidadãos de uma sociedade democrática.

Os princípios da justiça são os de uma democracia constitucional, com legislativo, direitos políticos universais e eleições regulares. Rawls esclarece:

“Precisamos distinguir dois problemas. O ideal é que uma constituição justa seja um procedimento justo para assegurar um resultado justo. O procedimento seria o processo político regido pela constituição; e o resultado seria o conjunto das leis promulgadas, ao passo que os princípios de justiça definiriam um critério de avaliação independente para ambos, procedimento e resultado... para isso é preciso que as liberdades da cidadania igual sejam integradas à constituição e por ela protegidas. Essas liberdades incluem a liberdade de consciência e de pensamento, a liberdade individual e a igualdade de direitos políticos. O sistema político, que presumo ser alguma forma de democracia constitucional, não seria um procedimento justo se não incluísse essas liberdades.” (RAWLS, 2008, p.242)

Dessa forma, a constituição só pode ser considerada um procedimento político justo desde que satisfaça o princípio da participação contido no primeiro princípio da justiça. No entanto, ela também é um procedimento imperfeito, simplesmente porque não há como garantir que os resultados alcançados serão sempre justos, não importando o procedimento escolhido. Podemos apenas – com Rawls – afirmar que o processo constitucional é o mais propenso a gerar resultados justos. Na proposta de Rawls, a justiça do processo é definida pelos direitos e liberdades do primeiro princípio da justiça enquanto a justiça dos resultados obtidos deve ser avaliada tomando como referência o segundo princípio da justiça. (RAWLS, 2008; COHEN, 2006)

A definição de democracia em Rawls, como vimos até aqui, baseia-se na noção de uma sociedade de iguais, que se fundamenta pela cooperação mútua entre seus cidadãos. O que importa aqui é o valor que fundamenta as relações, mais do que uma forma de governo. Duas ideias são fundamentais na definição de uma sociedade democrática na argumentação rawlsiana: a primeira, já mencionada, é a de uma sociedade de iguais, o que requer igual tratamento e respeito independentemente de

sua posição social e a segunda é a de que a capacidade de formar seu próprio senso de justiça é sustentação fundamental da igualdade. Trata-se

“(...)especificamente da capacidade de compreender os requerimentos da justiça que proveem os padrões fundamentais da vida pública. E uma sociedade democrática é aquela cujos membros são vistos por sua cultura política como portadores desta capacidade.” (COHEN, 2006, p.96)⁸⁹

Uma das maneiras de identificarmos a maneira como a ideia de uma sociedade democrática conecta-se com a justiça como equidade é através do artifício da posição original, que não deve ser entendido como um modelo de deliberação política⁹⁰. O que importa, no que se refere à democracia, é que, na posição original, é a noção de um acordo entre pessoas livres e iguais que orienta a argumentação. É também essa noção que está contida no princípio da diferença, como uma forma de lidar com a redistribuição e corrigir as arbitrariedades apontadas por Rawls.

Como coloca Cohen (2006), os princípios da justiça são destinados a cidadãos em exercício de suas capacidades políticas e é papel da justiça como equidade – papel prático da filosofia política – oferecer parâmetros que orientem a sua atuação. Embora o autor não coloque de forma clara como seria o processo político de sua democracia constitucional, é possível afirmar que há ecos implícitos da argumentação de Rawls a respeito de uma noção de deliberação.

“É suficiente dizer que a justiça como equidade é uma concepção para uma sociedade democrática, em parte, porque esta oferece uma orientação prática para cidadãos que, enquanto portadores últimos da

⁸⁹ Tradução minha, texto original: “specifically, in the capacity to understand requirements of justice that provide the fundamental standards of public life. And a democratic society is a society of equals whose members are regarded in the political culture as having that capacity.” (COHEN, 2006, p.96)

⁹⁰ Vita (2003) chama atenção para o fato de que não podemos confundir a argumentação moral que justifica os critérios e princípios da justiça e o procedimento pelo qual eles são escolhidos, a posição original e o contrato social dele originário, com o processo de deliberação política em si, pois a argumentação moral nos informa sobre o padrão segundo o qual avaliar qualidade moral dos resultados obtidos na deliberação.

autoridade política, são presumivelmente sujeitos a basear seus julgamentos políticos em uma concepção de justiça, a terem incertezas quanto a qual é a melhor concepção e a serem interessados em defender suas opiniões com referência na concepção mais razoável para uma sociedade de iguais”. (COHEN, 2006, p.103)⁹¹

Para continuidade de nossa discussão, interessa reter que a democracia é um requerimento da justiça como equidade cujos princípios devem ser tomados como parâmetro para avaliar a qualidade das decisões tomadas. O processo democrático deve garantir o exercício das liberdades básicas fundamentais e da igualdade na participação política com influência sobre os resultados alcançados, enquanto estes devem estar voltados para a garantia da equidade na distribuição dos recursos em sociedade e da igualdade equitativa de oportunidades.

6. 3 - Imparcialidade, Tolerância e Reciprocidade – conexões entre Justiça e Democracia

Seja na garantia da liberdade e demais direitos humanos fundamentais, seja no exercício da soberania popular por cidadãos orientados pelos interesses do bem comum ou seja na prática deliberativa que levará a decisão mais adequada, fazem-se necessários tanto procedimentos quanto a instauração de instituições através das quais alcançar tais metas e realizar os princípios democráticos.

A esse respeito, podemos adotar como ponto de partida o fato de que a democracia estaria muito mais preocupada com e voltada para a garantia do processo e da realização de um governo de todos do que com os fins alcançados (ou com a justiça de seus resultados. Enquanto isso, a justiça, também procedimental (principalmente no

⁹¹ Tradução minha, texto original: “Suffice to say that justice as fairness is a conception for a democratic society in part because it is offered as a practical guide for citizens who, as ultimate political authority, are assumed to rely in their political judgments on a conception of justice, to be uncertain about what the best conception is, and to take an interest in defending their views by reference to the most reasonable conception for a society of equals.” (COHEN, 2006, p. 103)

caso da justiça que identifico como liberal-igualitária), estabeleceria seus procedimentos visando a seus fins, ou seja, a uma justa distribuição dos bens primários pela estrutura básica da sociedade, como nos coloca John Rawls.

Apesar dos propósitos aos quais a democracia se coloca a serviço, como já apontou Robert Dahl (2012, p. 256), não há nada no procedimento democrático que nos permita afirmar sua justiça enquanto forma de governo. Não é porque um procedimento é considerado justo que seus resultados serão necessariamente justos.

Por essa razão, não considero que a democracia deva ser compreendida apenas a partir de uma perspectiva procedimental, pois ela também se justifica por seu conteúdo normativo e por princípios morais fundamentais, já que ela é defendida e justificada por ser propensa a alcançar resultados melhores do que os de uma ditadura ou os de um processo de escolha aleatório.

Estlund (2008) coloca que, se o valor da democracia fosse puramente procedimental, poderíamos, ao invés de promover eleições, simplesmente escolher entre duas diferentes propostas de governo jogando uma moeda e decidindo no “cara ou coroa”, por exemplo. Seria um procedimento justo, pois, ao menos, daria a ambas as partes as mesmas chances de ganhar ou perder.

Mas não é o que queremos quando propomos um procedimento democrático, pois está implícita na noção de democracia a atribuição de algum valor à opinião das pessoas. Nas palavras do autor: “a razão pela qual queremos que as opiniões das pessoas sejam consideradas é que acreditamos que suas opiniões sejam qualificadas, inteligentes. Mesmo que não tenhamos um alto grau de expectativa, ao menos acreditamos serem melhores do que jogar uma moeda.” (ESTLUND, 2008:06).⁹²

Alguns dos princípios que justificam uma sociedade democrática são comuns às diversas teorias da democracia e também são parte da concepção de justiça liberal igualitária. Enfocarei aqui a imparcialidade, a tolerância e a reciprocidade, noções que

⁹² Faço uma apresentação mais acurada desta discussão de Estlund (2008) sobre autoridade e legitimidade democrática in: DeMARIO, 2010.

fundamentam e conectam democracia e justiça.

Tocqueville, em **A Democracia na América** (1979 [1835]), já apontava a democracia como um sistema que depende de uma base moral consensual e no qual é garantido a todos a igualdade de condições, de oportunidades, uma igualdade de status moral, e não econômico.

A noção de que a democracia é um governo de todos e que se assenta em regras que sustentem o acordo sobre seus princípios é comum às diferentes teorias. Daí advém a noção de que a democracia deva responder às expectativas dos indivíduos, sublinhe-se, imparcialmente. A imparcialidade é uma noção comum tanto à democracia quanto à justiça, realizando uma conexão entre elas, –mesmo que por um viés diferente, pois "espera-se da democracia que esta responda imparcialmente às preferências das pessoas, enquanto a justiça não; da justiça espera-se que responda imparcialmente às razões, embora a democracia não"⁹³.

Para alcançar a imparcialidade, o desenho institucional é fundamental. Na justiça como equidade, as instituições é que devem garantir a justa distribuição dos bens primários e a realização dos princípios da justiça. A questão é que isso deve ser feito a partir de uma postura neutra perante as expectativas e preferências pessoais dos cidadãos, pois, como vimos, os princípios da justiça em Rawls baseiam-se em argumentos que todos considerariam razoáveis, e não em argumentos afeitos a uma determinada doutrina abrangente do bem.

Neste ponto, somamos à imparcialidade a tolerância como um princípio democrático e também de justiça. Um estado liberal deve adotar uma posição de tolerância para com as diferentes doutrinas abrangentes do bem – doutrinas religiosas e filosóficas, por exemplo – sustentadas por seus cidadãos, não devendo fazer uso de sua autoridade política para determinar os objetivos e fins que as pessoas devem perseguir.

⁹³ Tradução da autora, texto original: "Perhaps 'democracy' is supposed to respond impartially to people's *preferences*, whereas 'justice' is not; and 'justice' is supposed to respond impartially to reasons, whereas democracy is not." (GOODIN, 2004, location 1418)

Uma sociedade democrática é o ponto de partida para a concretização deste princípio, ou seja, para o enfrentamento de questões que requerem tolerância entre os cidadãos, pois, para que haja respeito mútuo entre pessoas com comprometimentos normativos distintos, é preciso garantir uma igualdade moral e de status a seus cidadãos, finalidade para a qual a democracia se propõe. Entretanto, para a realização da tolerância, é preciso mais do que isso: é necessário garantir que cada um viva segundo suas próprias convicções, o que demanda uma estrutura básica que permita a realização de uma igualdade equitativa de oportunidades, exigência do segundo princípio da justiça de Rawls.

Na justiça como equidade, a noção de igualdade fundamental vai além da igualdade de status moral, como vimos anteriormente através da ideia de arbitrariedade moral. Por essa razão Rawls nos fala de uma democracia constitucional e da defesa das liberdades fundamentais por ela.

Vita (2009) lembra-nos que, para Rawls, decisões fundamentais acerca de questões constitucionais essenciais ou de questões de justiça básica devem ser tomadas com base nas exigências da razão pública⁹⁴, porque as razões que justificam decisões que seriam tomadas com base em doutrinas abrangentes do bem não cabem aqui, posto que se trata de decisões que, tomadas de forma democrática ou não, encerram uma forma de emprego da coerção coletiva da sociedade.

“O argumento liberal-igualitário que trata de questões públicas controversas, sob a rubrica da tolerância, e que tem credenciais rawlsianas claras, apóia-se em uma noção que teóricos políticos como Thomas Nagel e Brian Barry denominam “imparcialidade de ordem superior” ou “imparcialidade moral de segunda ordem”. A ideia central é a de que há uma distinção de importância normativa capital entre razões que só o são – razões – da ótica de uma concepção específica do bem ou de uma visão ética “cheia” e razões que se prestam a justificar o

⁹⁴ Rawls (2003) sublinha que muitas das questões legislativas não dizem respeito a elementos constitucionais essenciais, como legislação sobre impostos e leis que regulamentam a propriedade; a legislação que protege o meio ambiente e controla a poluição....

emprego da coerção coletiva da sociedade.” (VITA, 2009, p.64)

Dessa maneira, tomar decisões políticas fundamentais com base em doutrinas abrangentes do bem – mesmo que através de um processo democrático – significaria desrespeitar as demais doutrinas abrangentes sustentadas pelos cidadãos que não compartilhem da doutrina que serviu de fundamentação da decisão. Tratar-se-ia, portanto, de uma posição intolerante.

Além disso, se as instituições básicas, as políticas públicas e as decisões sobre questões constitucionais fundamentais não podem ser justificáveis a todos os cidadãos, então o que está posto em xeque é o princípio da legitimidade. Já que o poder político é sempre coercitivo e, em uma democracia, público – pelo menos na medida do possível, o poder público com relação a questões essenciais deve ser exercido de “uma maneira que todos os cidadãos possam endossar publicamente à luz de sua própria razão. É este o princípio de legitimidade política que a justiça como equidade deve satisfazer”. (RAWLS, 2003, p.128)

A ideia de que a legitimidade de um governo advém do consenso em torno dele está presente nas diferentes concepções contratualistas e, mais recentemente, tem ganho espaço nas discussões dos teóricos da democracia, em especial da deliberativa.

Weale (2004) aponta para o fato de que a noção de razão pública de Rawls tem tido implicações sobre as concepções de democracia deliberativa através do princípio de reciprocidade, como acontece em Gutmann e Thompson (1996), autores que entendem que a reciprocidade requer que, na deliberação política, os cidadãos baseiem sua argumentação em razões que já são comuns ou que poderiam vir a serem compartilhadas por seus companheiros.

“Por esse ponto de vista, a razão pública é a base do acordo geral. Dessa forma, tanto para a teoria do contrato social como para a democracia deliberativa, até que ponto a noção de um acordo geral guiado por um princípio razoável pode garantir o que dele se espera

coloca-se como questão.” (WEALE, 2004, location 1122)⁹⁵

Sublinho que o acordo almejado, tanto na concepção rawlsiana de razão pública como na de democracia deliberativa de Gutmann e Thompson apontada por Weale, não implica a supressão do dissenso, pois este último também é alcançado a partir da argumentação pública. Além disso, a posição original ou a razão pública não devem ser entendidas como formas de deliberação política, conforme sublinhei anteriormente. A concepção de razão pública pertence ao domínio da argumentação moral (Vita, 2009) e, em algum momento, seus argumentos serão defrontados na discussão pública efetiva com argumentos que podem ter por base doutrinas outras, que não a que fundamenta a atuação política dos cidadãos em uma democracia.⁹⁶

6. 4 - Democracia: um procedimento justo?

Contemplando a proposta do projeto democrático gestado no período de redemocratização e concretizado na Constituição de 1988, constituíram-se dentro do estado brasileiro, ao decorrer da década de 1990, formas de participação extraparlamentares – como os conselhos deliberativos e consultivos, os orçamentos participativos, as ouvidorias.

Mas os limites práticos dessa agenda participativa logo se fizeram perceber. Dagnino (2002, p.10-11) ressaltou que, apesar da importância do processo de democratização, era preciso compreendê-lo em sua incompletude e em seu ritmo desigual, ou seja, “nos seus efeitos sobre as diferentes áreas da vida social e política,

⁹⁵ Tradução minha, texto original: “On this view, public reason is the ground of general agreement. Hence, a central question for both social contract theory and deliberative democracy is the extent to which the notion of general agreement guided by a principle of reasonableness can do the work that is expected of it”. (WEALE, 2004, l. 1122)

⁹⁶ Sobre esta questão Rawls afirma: Em geral, as pessoas têm a liberdade de fazer isso. A vantagem é que dessa forma, os cidadãos por assim dizer informam aos outros de onde vêm, e com base em que apóiam a concepção política pública de justiça. Tudo isso pode ter consequências vantajosas e fortalecer as forças que trabalham em prol da estabilidade. É também menos restritivo e proporciona aos cidadãos uma concepção mais profunda de seus vários pontos de vista. (RAWLS, 2003, p.127)

combinando avanços, estagnação e até mesmo retrocessos”.

Questões concernentes à autoridade e à legitimidade desses espaços começaram a ocupar nossa agenda de pesquisas na ciência política, agora composta também por investigações mais preocupadas em refletir sobre os efeitos democráticos e distributivos provocados por esses espaços – aqui temos claramente uma finalidade da justiça social – do que em comprovar sua existência e em mostrar quem deles participa.

Nestes espaços, é difícil sabermos quem participa e em nome de quem o faz. Se na representação autorizada via voto não é possível identificar o atendimento das preferências individuais ou evitar a tirania dos grupos poderosos, como fazê-lo em espaços nos quais desconheço quem participa, já que não o autorizei a falar em meu nome? Um dos caminhos possíveis seria através da prestação de contas e do controle social sobre os atos daqueles que se dispõem a participar desses espaços.

A noção de *accountability* passou a apresentar-se como um registro normativo capaz de lidar com as questões de legitimidade surgidas dessa relação, pois há, com a criação desses espaços, uma dissociação conceitual entre governo representativo e representação política causada pelo processo de pluralização da representação política ensejado por estes espaços (LAVALLE, 2011).

Tornando o procedimento transparente, teríamos mais condições de julgar as intenções de quem participa do processo e de avaliar a qualidade dos resultados alcançados e a legitimidade de seus fins. Mas devo avaliar essa legitimidade com relação a quê? Quais grupos, demandas ou expectativas e preferências devem servir de parâmetro para essa avaliação?

Nada nos garante que desses espaços não estejam participando, por exemplo, indivíduos auto-interessados, que representam os interesses dos grupos aos quais pertencem em muito pouco ou nada, nem que aqueles que já detinham o poder político nos procedimentos afeitos à democracia representativa e competitiva continuem prevalecendo na disputa e na articulação de interesses nesses novos espaços.

Um caminho para evitar esse tipo de risco seria uma participação em massa e

pautada nos princípios de uma razão pública que todos reconhecessem como razoável.

Entretanto, a massificação da participação não se concretizou e uma das razões teria sido a influência da agenda de ajustes neoliberal. Como assinalou Dagnino (2002), o processo de democratização e de criação desses espaços foi marcado pela disputa entre, ao mesmo tempo, por uma confluência de diferentes projetos políticos – dentre eles o neoliberal – que incidiu sobre os resultados alcançados por esses espaços. As políticas de ajuste neoliberais, como já era sabido, agravaram as desigualdades econômicas e sociais, mas menos notórias eram “as suas consequências sobre a capacidade de mobilização e organização políticas da sociedade civil, especialmente dos setores populares e das classes médias, duramente afetados pelo desemprego e pela recessão econômica.” (DAGNINO, 2002, p. 11)

Entretanto, há outro ponto que devemos considerar: as razões pelas quais participar. Não podemos obrigar as pessoas à participação e nem condenar aqueles que não veem na participação política um fim que se deve moralmente valorizar, pois, nesse caso, como assinala Vita (2003), a participação deixaria de ser um meio e se tornaria um fim em si mesma, uma forma de o ser humano desenvolver suas capacidades morais e intelectuais. O autor complementa:

Muitos cidadãos podem considerar alienante ter de se envolver em processos participativos e deliberativos e legitimamente preferir contar com autoridades eleitas e responsabilizáveis que os liberem para fazer aquilo que julgam ter um valor moral intrínseco. E não há nenhuma razão moral para atribuir preeminência, em decisões públicas de qualquer tipo, às preferências daqueles que valorizam o homo politicus em detrimento das preferências daqueles que valorizam outras formas de vida e outros fins. (VITA, 2003, p. 119)

Ademais, a qualidade da deliberação nestes espaços e a capacitação técnica e política daqueles que participam do debate também são questões que se colocam quando o que se quer é avaliar os resultados alcançados. A deliberação em torno de

questões próprias de uma instituição, como as políticas públicas, pode requerer daqueles que dela participam uma expertise que nem todo cidadão possui. Uma participação desinformada, nesse sentido, pouco teria a contribuir – dependendo da questão em pauta – tanto tecnicamente quanto para o fim último do procedimento participativo, a justiça social.

Neste ponto, faço uma observação: não acredito que a expertise seja uma exigência para se participar de uma deliberação, nem que o fim último da decisão democrática seja chegar à decisão mais correta, pois a justificação política vai além da fala que se justifica por ter um conhecimento qualificado. A tecnocracia em nada auxiliaria na concretização da justiça social. Na realidade, o que se configura como um problema na deliberação é o desequilíbrio entre as falas dos diferentes atores que integram o processo⁹⁷.

Dessa forma, atores não integrantes do Estado ou que não possuem conhecimento técnico sobre a questão a ser debatida podem estabelecer com os demais uma relação de força política desigual no momento da deliberação, como também podem se deixar influenciar mais facilmente pelas opiniões defendidas por quem se apresenta como expert, opiniões que nem sempre estão em consonância com suas próprias demandas e expectativas.

Na prática, os espaços participativos podem tanto deliberar sobre questões importantes para a política pública alvo do debate quanto se constituir em meros corroboradores do discurso institucional. Seus efeitos podem ser tanto a democratização e o empoderamento dos atores da sociedade civil como a cooptação destes. (AVRITZER, 2010)

Em suma, a legitimidade do procedimento democrático e a justiça de seus resultados é um problema que se aplica às diferenciadas concepções e aos procedimentos democráticos. Da representação à participação direta, o procedimento não garante justiça social. Invariavelmente, enfrentaremos problemas causados pelo

⁹⁷ Para essa discussão, c. f. ESTLUND, 2008.

desequilíbrio do exercício do poder. Por mais eficiente que possa ser o desenho institucional, sempre existirão limites quanto ao atendimento das expectativas daqueles que fazem parte da instituição. Seu desenho e normas poderão ser pensados para agregar as preferências do maior número de pessoas possível, mas, mesmo assim, não as de todos. Além disso, a avaliação dessas preferências e a decisão sobre qual contemplar será tomada pelas pessoas que precisam julgar suas próprias preferências com relação aos outros e aos interesses da instituição. Dessa forma, as instituições adotarão critérios imperfeitos para julgar e suprimir preferências que sejam contrárias às suas razões.

Nesse cenário, devem ser questionados não somente a regra da maioria e os procedimentos da representação, da deliberação ou da participação direta, mas também o papel desempenhado por cada um: pelos representantes eleitos e sua fidelidade as suas plataformas de governo, como já apontei anteriormente, e pelos cidadãos, desde sua responsabilidade na escolha de seus representantes e de sua atuação nos espaços de deliberação e/ou participação onde não cabem apenas suas preferências pessoais e interesses particulares.

Tanto a justiça como a democracia precisam se ajustar para lidar com duas características fundamentais de nossas sociedades liberais: uma é o pluralismo e a outra é concernente ao processo de mudança social e cultural ao qual as sociedades estão sujeitas com o decorrer do tempo e, ao mesmo tempo, à transformação e à indeterminação a que estão sujeitas as instituições sociais, já que é também por essa razão que os resultados alcançados poderão não se conformar com o que se esperava dos procedimentos quando estes foram elaborados. Para tal, é preciso que haja espaço para a discussão e reformulação de seus princípios e normas⁹⁸.

⁹⁸ Para uma discussão mais detalhada, c. f. DOWNDING, 2004.

VII - Os Determinantes Sociais da Saúde: para uma Política de Saúde Justa

Estabelecidos os princípios normativos centrais a partir dos quais pensarmos uma sociedade justa saudável e seu sistema de saúde, nosso próximo passo é a compreensão do SUS (Sistema Único de Saúde) a partir de seus princípios e de sua concepção de saúde.

O intuito, a partir deste capítulo, é aproximar a trajetória da política com as concepções de justiça, tanto as presentes em seu desenho com as que foram escolhidas como parâmetro normativo de análise neste trabalho.

Neste capítulo, discutirei os Determinantes Sociais da Saúde (DSSs) e a importância de seu conhecimento para a construção de um sistema de saúde justo, já que, a partir deles, seria possível identificar quais iniquidades em saúde são evitáveis e passíveis de ser mitigadas. Dessa forma (ao menos a princípio), seu conhecimento e sua incorporação à política levaria-nos a resultados mais justos. Como mostrarei a adiante, a realização da definição normativa (abrangente) de saúde presente na Lei Orgânica da Saúde está – de certa forma – atrelada a esse conhecimento.

7. 1 - Saúde e seus Determinantes

Pensar a saúde considerando como central a noção de Determinantes Sociais da Saúde (DSSs) colocada por Norman Daniels e defendida pela OMS (Organização Mundial da Saúde / *World Health Organization*) significa pensar para além das instituições provedoras de serviços de saúde e assumir que a desigualdade social importa para a saúde da população. Trata-se, indiscutivelmente, de um enorme e ambicioso passo, considerando o processo de elaboração e implementação das políticas públicas e a realidade democrática, porém, neoliberal de nossas sociedades, principalmente no que diz respeito à brasileira, que carrega vergonhosos índices de

desigualdade social e sua desnecessária pobreza.

“O Brasil é a nona potencia em termos de Produto Interno Bruto anual. Poderia parecer que uma pessoa nascida nesse país teria alta probabilidade de bons indicadores básicos de desenvolvimento humano. No entanto, o país é 95º em analfabetismo, o 73º em expectativa de vida e o 98º em mortalidade infantil. Existe um Brasil com as características econômicas das economias mais desenvolvidas do mundo e um outro Brasil que é igual aos estados pobres da Índia. As possibilidades de cada um se dão conforme o Brasil em que se nasce, seu estrato social e localização geográfica.” (KLIKBERG, 2010, p.183)

O Brasil é um país que sujeita as pessoas à sorte a partir dos imperativos e arbitrariedades da loteria social que John Rawls deseja suplantam, um país no qual os 10% mais ricos possuem 44,8% da renda total e onde a distância entre os 10% mais pobres e os 10% mais ricos era, segundo o PNDU (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) de 2007, de 51,3 vezes.

Para termos uma melhor ideia do que isso significa, em 2000, cerca de 30% da população tinha uma renda familiar per capita menor que meio salário mínimo, 75%, menor que dois salários mínimos, enquanto 3% tinham uma renda per capita superior a 10 salários mínimos. (CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, 2008, p. 24)

Segundo dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 2008, o rendimento mensal domiciliar per capita estava distribuído de tal forma que a renda per capita de 72% dos domicílios brasileiros era de até 2 salários mínimos. Apenas 6,5% tinham renda per capita acima de 5 salários mínimos, conforme a tabela 01.

Tabela 01: Percentual de Rendimento Domiciliar per capita – 2008

Distribuição percentual, por classes de rendimento mensal domiciliar per capita (salário mínimo) (%) - Brasil
--

Total domicílios	Até ½ sal.min.	Mais de ½ a 1	Mais de 1 a 2	Mais de 2 a 3	Mais de 3 a 5	Mais de 5
47.856	19,4 %	27,0 %	26,2 %	9,4 %	7,2 %	6,5 %

Fonte: Síntese dos Indicadores Sociais – IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) – 2008.

Análises feitas pelo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) com base também nos últimos dados da PNAD 2008, apontam para uma queda significativa da pobreza partir dos anos 2000, afirmação que, segundo os autores, é corroborada por um aumento da renda per capita em todos os grupos da população, com consequente redução na desigualdade e na pobreza. Barros (2011, p. 43) mostra que, entre os anos de 2001 e 2008, a renda familiar per capita como um todo cresceu 5,1% ao ano, sendo que, entre os 10% mais pobres, cresceu 15,4% a.a. e entre os 10% mais ricos, 3,7% a.a.

Essa mudança de padrão também pode ser observada na razão de renda, ou seja, no número de vezes que a renda dos 20% mais ricos supera a dos 20% mais pobres. Em 1993 a renda dos 20% mais ricos superava a dos 20% mais pobres em 28,7 vezes. Em 1999, essa proporção caiu para 26,7 e, em 2005, para 21,8. (CNDSS, 2008, p.28)

Essa redução da pobreza faz-se mais evidente quando analisamos os dados a respeito da queda nos índices de pobreza. A porcentagem de pobres caiu de 39,4 em 2003 para 25,3 em 2008 (média nacional de renda per capita para pobreza de R\$187,50) e da extrema pobreza, com uma queda de 17,5% em 2003 para 8,8% em 2008 (média nacional de renda per capita de R\$93,75). Provavelmente, essa diminuição da distância entre os mais ricos e os mais pobres deve-se a uma série de programas e políticas voltadas para a redução da pobreza, mas cujo resultado, obviamente, revela-se ainda insuficiente, sem implicar, uma distribuição de renda mais justa e uma menor concentração nas mãos dos mais ricos. (BARROS, 2011, p.47)

A renda constitui o principal critério nos estudos sobre pobreza e também sobre

riqueza. Entretanto, não o considero suficiente, pois, para que possamos determinar a pobreza e também a riqueza, esse critério deve ser somado a uma série de outros fatores que determinam as condições de vida de um indivíduo em sociedade e que não estão necessariamente atrelados à renda. Como observamos, um pequeno incremento a renda das camadas mais pobres já significou uma melhora significativa nas condições de vida de grande parte da população brasileira, mas não os retirou da condição de pobres nem eliminou disparidades gritantes.

Lógicamente, as loterias natural e social influenciam sobremaneira o destino dos indivíduos e, para superá-la, é necessário mais do que uma melhora na renda, embora esta seja fundamental. É preciso que outros fatores venham somados. Nesse caso, as políticas públicas e demais instituições sociais cumprem papel essencial. Lembramos que o foco da justiça liberal igualitária é a estrutura básica da sociedade e, como bem coloca Álvaro de Vita (2011),

“Esta noção, que não é de natureza normativa (mas que tem implicações normativas), abrange as principais instituições que distribuem ou que produzem a distribuição de direitos, oportunidades e recursos na sociedade, entre as quais se encontram: (1) as instituições que dizem respeito à distribuição de direitos e liberdades fundamentais; (2) as instituições que determinam a forma de acesso às posições de autoridade e poder (incluindo as oportunidades que o sistema político oferece para empresas e indivíduos ricos exercerem influência sobre as campanhas eleitorais); (3) as instituições, em particular o sistema educacional e o sistema de saúde, que determinam as oportunidades de acesso às posições ocupacionais mais valorizadas; e (4) o conjunto de instituições, abarcando as normas que regulam o direito de propriedade, o direito de herança e o sistema tributário e de transferências, que determinam a distribuição da renda e da riqueza na sociedade.” (VITA, 2011, p. 574)

Por isso também, como aponta Daniels (2011), os DSSs precisam ser pensados para além da renda auferida pelos indivíduos e grupos de uma determinada sociedade,

até mesmo para que possamos incorporar as diferenças ou, melhor dizendo, as desigualdades em saúde existentes entre os indivíduos de um mesmo grupo.

“Diferenças de idade, gênero, raça, etnia existem e incidem de modo diverso sobre o status de saúde, elas são independentes das diferenças socioeconômicas e geram questões distintas no que concerne a equidade ou justiça.” (DANIELS, 2011, p.252)

Observo ainda que é justamente porque o foco central dos estudos de desigualdade recai, em grande parte, sobre a renda e sobre a pobreza que conhecemos pouco sobre os ricos no Brasil e acabamos ficando com dados insuficientes para compreendermos sua atuação em setores como a saúde, bem como a maneira como seu comportamento define padrões e influencia na determinação social da doença e na organização e funcionamento do setor público no SUS.

O SUS, ao menos em sua proposta normativa, parece considerar as desigualdades sociais, pois parte de uma definição de saúde abrangente e de um modelo de política que visa a articular políticas e serviços sociais que estão além da prestação de serviços de saúde. Entretanto, sua prática ainda está muito distante da proposta subjacente à noção de Determinantes Sociais da Saúde, fundamental para pensarmos uma política de saúde justa e que, na prática, considerando a nossa realidade, vise a minorar o gradiente de saúde existente entre os diferentes grupos e classes em nossa sociedade.

A noção de Determinantes Sociais da Saúde está presente nas ciências sociais desde meados do século XX, quando a saúde e a doença tornaram-se objetos de estudos dessa disciplina. Como aponta Castro (2011), nos anos 1970 e 1980 os trabalhos de Rene Jules Dubos e Thomas Mckeown foram fundamentais ao demonstrar que os avanços nas condições de saúde da população deveram-se muito mais a uma série de fatores ligados a mudanças sociais – em áreas como o trabalho, alimentação, educação, moradia e saneamento – do que às façanhas e descobertas médicas.

Os determinantes são pensados desde uma abordagem macro – como com análises que considerem o impacto da globalização e do aquecimento global na saúde dos diferentes grupos sociais em diferentes sociedades, passando por questões mais afeitas a como as instituições ou os padrões econômicos e culturais impactam na saúde – ou desde um plano micro, que leva em consideração fatores individuais como estilo de vida e escolhas que incidem sob a saúde de indivíduos ou grupos sociais menores ou mais específicos.

De acordo com a OMS, os determinantes sociais da saúde são evitáveis e, portanto, como afirma Norman Daniels (2009; 2011), as desigualdades em saúde deles decorrentes são injustas. As desigualdades em saúde podem ser observadas nas graduações existentes entre diferentes países e dentre as classes de uma mesma sociedade. É importante ressaltar que os melhores resultados em saúde não são encontrados dentre os países mais ricos, mas sim dentre aqueles países com menores índices de desigualdade social.

Dessa forma, discorrer sobre condições de saúde em uma dada sociedade implica considerar questões como: as condições de vida a que as pessoas estão submetidas; a distribuição de poder entre as pessoas e entre as instituições; as condições individuais para auferir renda e a distribuição social da riqueza; o acesso ao cuidado e a serviços básicos de saúde; o acesso à escola e à educação, bem como sua qualidade; suas condições laborais e de lazer e o ambiente/meio em que vivem, a exemplo das condições urbanísticas de uma cidade, do acesso a elas e do uso que as pessoas fazem desse espaço. Ainda é preciso levar em consideração que,

“O problema se torna mais complicado quando nos lembramos de um dos achados básicos da literatura sobre os determinantes sociais: nós não podemos eliminar desigualdades em saúde simplesmente eliminando a pobreza. Desigualdades em saúde persistem mesmo em sociedades que provêm aos mais pobres acesso a todos os determinantes da saúde e persistem como um gradiente da saúde por toda a hierarquia social, não somente entre os grupos mais pobres como

entre aqueles acima destes.” (DANIELS, 2011, p.253)

Trata-se de uma abordagem que considera diferentes aspectos da vida e da organização social. Nessa chave, reduzir as desigualdades em saúde significaria, para citar um exemplo, agir para minorar as diferenças de gênero que ainda persistem, melhorando as condições de vida das mulheres e, conseqüentemente, das crianças, pois é sabido que as experiências vividas na infância (principalmente na primeira infância, até os oito anos de idade) são fundamentais para o desenvolvimento do indivíduo, fazendo que o papel da mãe neste período seja crucial: a nutrição adequada de uma criança, por exemplo, começa com uma alimentação correta de sua mãe.

Entretanto, o papel desempenhado pela mulher (mãe) e os resultados alcançados em saúde, para si e para seus filhos e família, também estão fortemente associados ao seu nível de escolaridade. Já está comprovado que a falta de acesso à educação de qualidade e também à informação tem resultados negativos sobre a saúde das pessoas, o que torna ainda mais imprescindível o investimento em educação universal primária e secundária de qualidade.

Ainda seguindo o exemplo, deve-se somar à garantia de bens, como a educação e serviços de saúde, ações voltadas para a melhoria das condições de habitação e de saneamento básico, para a garantia de acesso à água potável, além de abordar o problema da qualidade do ar, que está diretamente relacionado ao modelo de gestão urbana territorial que privilegia o automóvel como principal meio de transporte. Isso sem mencionar a urgência de ações voltadas para minorar ao máximo o número lesões e mortes causadas pela violência.

Outra área essencial é o trabalho. Más condições de trabalho e de emprego têm efeitos drásticos na saúde das pessoas. Empregos precários/informais – caracterizados pela ausência de contratos de trabalho fixos, temporários ou que não proporcionam segurança e condições adequadas para o desempenho das atividades requeridas do trabalhador têm efeitos perversos sobre a saúde dos trabalhadores, em

especial sobre sua saúde mental. Como assinala o relatório da OMS:

“Alcançar a igualdade na saúde implica o trabalho seguro e justamente remunerado, oportunidades de emprego para a totalidade do ano e um equilíbrio saudável da atividade laboral na vida individual para todos.”
(OMS, 2010, p.16)

Não menos importantes são as políticas e os programas voltados para a segurança e proteção social, para minorar as desigualdades de distribuição de renda e para o incentivo e a garantia do direito à participação política. “Algumas evidências empíricas nos Estados Unidos sugerem que há uma relação entre a desigualdade em participação política e a distribuição em saúde” (DANIELS, 2011, p.269). Todas essas ações somadas a serviços de saúde universais.

Na prática, é extremamente complicado determinar e quantificar os determinantes sociais da saúde. Uma das dificuldades está justamente na quantidade e na qualidade dos dados disponíveis para que possamos relacionar tamanha gama de variáveis. A outra está na maneira como fazê-lo, em decidir qual é a melhor forma ou esquema, que peso atribuir a cada variável, como interpretá-las e como considerar cada uma delas.

Uma vez conhecidas as principais causas da desigualdade social, é preciso determinar como cada uma influencia os resultados em saúde, bem como verificar se os diferenciais sociais causados pela sociedade atuam apenas em determinadas classes, se incidem diferentemente entre as classes ou se essa diferença se verifica na maneira como incide sobre os indivíduos de uma mesma classe mas que guardam diferenças entre si, como por exemplo gênero, faixa etária, condições de trabalho e moradia.

Apesar de os DSSs e seus fundamentos estarem presentes no SUS, pois sua definição normativa define a saúde de forma abrangente e reconhece a necessidade de uma política intersetorial para sua realização, há pouca informação sobre eles no Brasil. Por essa razão, já que não é intenção deste trabalho esmiúça-los, mas sim demonstrar

sua importância para pensarmos a saúde como questão de justiça, farei uso de dados e informações produzidos por órgãos e institutos ligados ao Governo, como o Ministério da Saúde, o IPEA e o IBGE, que correspondem ao discurso oficial, mas que, ao mesmo tempo, justamente por terem esse caráter, constituem base de referência para a elaboração das políticas de saúde nos diferentes âmbitos de governo.

Usarei como uma das referências centrais dois relatórios recentes para pensarmos os determinantes sociais da saúde no Brasil: um deles é um relatório do Ministério da Saúde, cuja proposta é identificar os DSSs e, a partir deles, propor ações que tornem o SUS um sistema mais justo. É preciso sublinhar que essa é uma preocupação recente do Governo Brasileiro, tendo entrado na agenda do Ministério da Saúde somente no último governo Lula, durante a gestão do ministro José Gomes Temporão em 2007, que assumiu o cargo declarando que faria parte de seus esforços o desafio compreender a saúde do brasileiro a partir dos determinantes sociais da saúde (BAHIA, 2010, p. 362).

O outro estudo foi produzido pelo IPEA e faz parte do livro **Situação social brasileira: monitoramento das condições de vida 1** (2011). Desse livro, interessam-me diretamente dois capítulos: o que relaciona saúde e renda no Brasil e o que trata diretamente das desigualdades sociais, embora, como verá o leitor, faço uso de dados que, inter-relacionados, são importantes para a construção de um panorama das condições de saúde e suas desigualdades no Brasil.

O relatório intitulado “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”, fruto do trabalho iniciado em março de 2006 pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e publicado em 2008, durante a gestão do ministro Temporão, traz uma reflexão sobre a situação da saúde no Brasil que, segundo seus autores, busca as causas das iniquidades, considerando que *aquilo que é fruto da ação humana pode e deve ser modificado pela ação humana*. Uma posterior atuação sobre a matéria, no entanto, requer intersetorialidade, já que a atuação sobre os DSSs não depende apenas do setor de saúde.

Citando Amartya Sen e John Rawls, a comissão sublinha que é preciso eliminar

todas as privações de liberdade que limitam as escolhas e oportunidades das pessoas e que o compromisso da comissão com a equidade visava a assegurar o *direito universal à saúde*. São duas proposições – eliminar todas as privações e assegurar o direito universal à saúde – que se coadunam à proposta do SUS e à definição de cidadão e de saúde adotada pela sociedade brasileira a partir da Constituição de 1988, mas, ao mesmo tempo, são demasiado audaciosas, pois são quase irrealistas se pensarmos no tamanho da tarefa para sua realização.

Apenas abrindo mais um parênteses antes de nos debruçarmos sobre os DSSs em si, ainda no que se refere à atuação para minorar as iniquidades em saúde, a Comissão defende na introdução do relatório que a ciência apenas ajuda a delimitar um leque de intervenções e opções políticas que poderão vir a ser adotadas, mas que a escolha acerca delas deve envolver os diversos atores.

“Assim, em lugar de esperar que a racionalidade científica se sobreponha à política, é necessário reconhecer o caráter essencialmente político do processo de tomada de decisões. Isso implica fortalecer a democratização desse processo e apoiar a atuação dos diferentes atores, particularmente daqueles que em geral estão excluídos da tomada de decisões. Implica, também, em proporcionar-lhes acesso equitativo a informações e conhecimentos pertinentes que ajudem a fundamentar a defesa de seus interesses” (CNDSS, 2008, p. 11)

Aqui, a democracia, lida e defendida a partir transparência e da participação popular direta no processo decisório da política, aparece como essencial para a garantia de um sistema de saúde justo, pois é fundamental que para tal, além de apoiar-se em dados científicos (no discurso tecnocrático) para conhecer as DSSs sobre as quais é necessário atuar, é preciso estar em consonância com os interesses e necessidades daqueles que fazem parte ou são alvo da política. Essa leitura também está em consonância com as análises sobre os DSSs que apontam para a relação entre participação política e distribuição em saúde, como vimos acima.

Essas são proposições que se apresentaram como diretrizes que orientariam a atuação do Ministério da Saúde sob a gestão Temporão, noções que discutirei detidamente mais adiante.

O modelo para análise dos DSSs adotado pela comissão leva em consideração diferentes fatores individuais – como gênero e idade – fatores genéticos e características sociais, econômicas e ambientais, construindo uma gradação de impacto dos determinantes da saúde do nível micro (individual) até o macro (comunitário). A escolha do modelo proposto por Dahlgren e Whitehead justifica-se por seu didatismo, o que facilitaria sua compreensão por diferentes grupos. Abaixo reproduzo o esquema apresentado pelo relatório:

Figura 1. Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)



Fonte: Relatório “As causas das iniquidades em saúde no Brasil”. Relatório da Comissão Nacional

sobre Determinantes Sociais da Saúde. (CNDSS). 2008.

A análise é feita apenas com dados referentes às áreas urbanas por se concentrarem nelas as principais mudanças enfrentadas pela sociedade brasileira nas últimas 6 décadas, tendo sofrido alteração completa no perfil epidemiológico e nos padrões demográficos e ambientais, nas condições de trabalho e de moradia e nos estilos de vida. Além disso, o urbano tem importante efeito sobre a distribuição de renda e sobre suas consequências, que transparecem nas desigualdades entre os diferentes grupos – gênero, idade, raça, classe social – e nas desigualdades regionais impressas tanto no desenho urbano de nossas cidades como dentre estados e macrorregiões.

Somada à escolha pela ênfase na área urbana, a análise proposta pelo relatório se concentra na evolução demográfica, social e econômica do Brasil, considerando as mudanças ocorridas a partir de meados do século passado nas desigualdades em saúde lidas a partir de variáveis que definem a estratificação socioeconômica, como renda, escolaridade, gênero e local de moradia; nas condições de vida, ambiente e trabalho, incluindo saneamento, moradia, acesso a informação e serviços de saúde; nas redes sociais, comunitárias e de saúde; nos comportamentos e estilos de vida que trazem riscos à saúde e na saúde materno infantil e indígena.

Essa lista poderia ser ampliada em vários sentidos, o que nos levaria a dados mais acurados ou, talvez, demasiadamente específicos, mas eles já nos proporcionam um panorama da situação em saúde no Brasil e podem servir de guia para a análise proposta por este trabalho.

O intuito aqui não é esmiuçar cada um desses determinantes, mas sim poder identificar ou elencar algumas desigualdades em saúde para que possamos ter uma dimensão do tamanho da tarefa, é lançar o olhar sobre os DSSs que precisariam ser considerados pelo SUS para obtermos resultados mais justos em saúde. Dessa forma, podemos também refletir sobre a justiça do sistema somando os DSSs a considerações sobre seu desenho, sua proposta normativa, sua implementação e sobre a discussão

acerca da justiça até então apresentada.

Destacarei brevemente algumas das principais mudanças econômico-sociais, apontadas pelos relatórios, pelas quais o Brasil passou a partir de meados do século XX e que têm importante impacto na qualidade de vida e na saúde da população. Também trarei para a discussão alguns indicadores de desigualdade social, todos com vistas para a discussão que travarei a seguir, especificamente voltada para a identificação dos principais determinantes sociais da saúde no Brasil.

7. 1. 1 - Urbanização, Industrialização e Ambiente

O Brasil passou por profundas transformações provocadas pela alteração no setor produtivo e pelo crescimento do meio urbano. Com a urbanização e o desenvolvimento dos setores industriais e de serviços, vivenciamos uma profunda transformação nos modos de vida de nossa população e no padrão demográfico de nossa sociedade. Passamos, em menos de meio século, de uma sociedade predominantemente rural e com um padrão de produção agrícola para o extremo oposto. Em 1960, 55% da população morava na zona rural, enquanto, em 2000, 81% estavam nas áreas urbanas. Segundo o último censo do IBGE, em 2010, esse número já chegou a 84%. Considerando o crescimento populacional vivenciado, isso significou um incremento de 2,7 milhões de pessoas por ano nas áreas urbanas. Segundo os dados do censo 2010, de um total de 190.755.799 milhões, hoje apenas 29.830.007 milhões vivem nas áreas rurais. Em 1960, quando os moradores das áreas rurais significavam 55% da população, eles totalizavam 31.303.034 milhões, o que nos dá uma clara medida do impacto causado por tais mudanças.

O resultado são cidades que cresceram em um ritmo alucinante e de maneira caótica, com uma demanda por infraestrutura que, até agora, não foi satisfeita, apresentando um alto número de moradias inadequadas em áreas insalubres, o que aumenta o risco de infecções e de mortalidade infantil.

Para a definição de uma moradia adequada, basearei-me nos aspectos elencados por Osorio e Souza (2011, p. 263, 264)⁹⁹. Para ser definido como adequado, um domicílio precisa ter acesso a saneamento básico, ou seja, contar com água de rede geral de distribuição, com rede coletora ou fossa séptica para escoamento de esgoto e com coleta de lixo. Também é preciso que seja construído com materiais duráveis, que tenha água encanada em ao menos um dos cômodos, que abrigue até três moradores por dormitório e que tenha banheiro de uso exclusivo. Acrescenta-se a esses critérios que sua ocupação seja legalizada, seja ele uma moradia própria ou alugada, e que conte com um dos três conjuntos de bens duráveis (o básico, que compreende fogão e geladeira de qualquer tipo; o intermediário, que agrega TV de qualquer tipo, rádio e telefone ao conjunto básico; e o completo, que inclui máquina de lavar e TV em cores).

Como mostram Osorio e Souza (2011), em 2008, 56,5% da população brasileira vivia em domicílios de boa qualidade com ao menos o conjunto básico de bens duráveis, enquanto 30% residia em domicílios com boa qualidade e com o conjunto completo de bens de consumo. Os autores sublinham um aspecto importante e determinante de saúde:

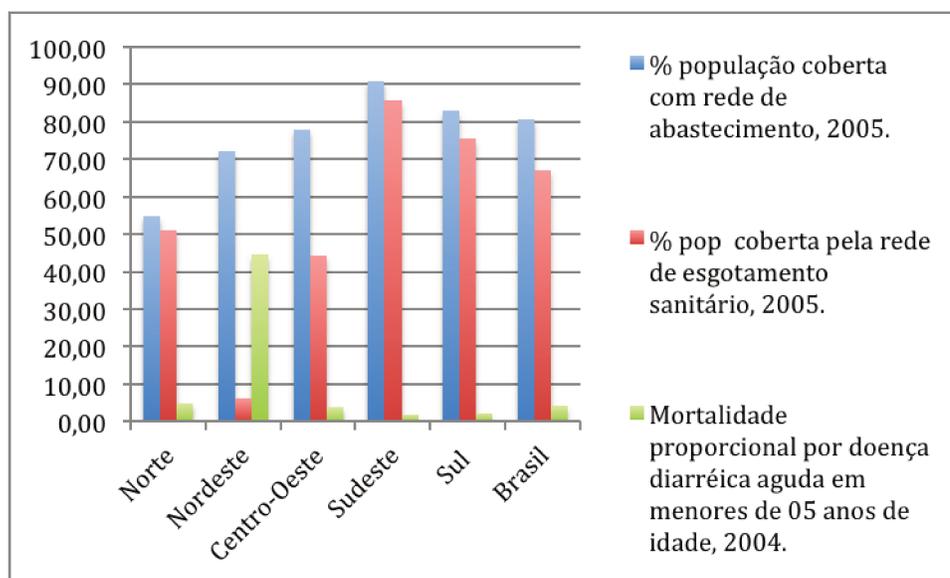
“Enquanto, em 2008, em torno de 90% da população residia em domicílios adequados quanto às características físicas e quase o mesmo tanto ocupava os domicílios em modalidades aceitáveis, apenas dois terços contavam com saneamento básico”. (OSORIO e SOUZA, 2011, p. 264)

O acesso a saneamento básico é fundamental e está diretamente relacionado às taxas de mortalidade infantil. Como em outros setores, o acesso ao saneamento é desigual entre as faixas de renda e segundo a região de moradia no Brasil. Abaixo, apresento um gráfico introduzido no relatório da Comissão Nacional de Determinantes

⁹⁹ Ver também definição apresentada pelo IBGE, disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Entorno_dos_Domicilios/entorno.pdf. Consulta em 06/06/2012.

Sociais da Saúde baseado em dados de 2004 e 2005, que ilustram bem as desigualdades e seu impacto na saúde infantil.

Gráfico 01. Indicadores de saneamento básico, segundo região - Brasil



Fonte: Relatório “As causas das iniquidades em saúde no Brasil”. Relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. (CNDSS). 2008, p.56, 57.

A mesma disparidade é observada quando detalhamos os dados das regiões metropolitanas. Como aponta o mesmo relatório, em 2005, em Recife, 44,26% da população era coberta pela rede de esgotamento sanitário e, em Fortaleza, 66,33%. Já em Curitiba, a percentagem era de 92,21% e, em Porto Alegre, 91,97%, sendo a mortalidade infantil, respectivamente, de: 6,4% em Recife; 3,4% em Fortaleza; 1,5% em Curitiba e 0,9% em Porto Alegre.

As taxas de mortalidade infantil também estão relacionadas, como veremos mais adiante, ao nível de informação e escolaridade da mãe. Além disso, o acesso a serviços de saúde também pode ser crucial, mas, de qualquer forma, a correlação saneamento – mortalidade infantil é evidente.

Para além do crescimento desordenado, esse processo de urbanização é

acompanhado pelo aumento da poluição da atmosfera e dos recursos hídricos, resultado direto da atividade industrial, das atividades agropastoris e do modelo de transporte adotado. Estima-se que 5% do total das mortes que ocorrem anualmente sejam causadas por problemas decorrentes da poluição atmosférica.

No Brasil, como demonstra o relatório da CNDSS (2008), o impacto da poluição atmosférica sobre a saúde vem sendo amplamente documentado, de modo que já é possível afirmar a correlação entre o aumento nos índices de poluição e o aumento na mortalidade e morbidade, tanto por problemas respiratórios como cardiovasculares, principalmente entre idosos e crianças – o grupo mais vulnerável. Entre os adultos, as mulheres seriam as mais afetadas.

O aumento da morbidade pode ser observado no absentéismo escolar, nas licenças de trabalho, no aumento da procura por prontos-socorros, no número de nebulizações realizadas e no aumento nos casos de asma – segundo a OMS, em algumas populações, 30% a 40% dos casos de asma podem ser atribuídos à poluição atmosférica.

Apesar de não fornecer informações mais detalhadas que corroborem a afirmação, o relatório da CNDSS também chama atenção para um outro fator importante no que se refere a pensar a formulação de políticas de saúde a partir dos DSSs:

“Além dos grupos suscetíveis, alguns estudos realizados na Região Metropolitana de São Paulo identificaram alguns aspectos muito importantes para os estudos de epidemiologia ambiental. Mesmo entre crianças, adolescentes e idosos, os efeitos dos poluentes podem ser modulados pela condição socioeconômica daqueles que estão expostos (Sobral, 1989; Martins et al, 2004; Martins et al 2002a,b; Martins et al, 2006). Os indivíduos apresentam respostas diferentes a estímulos semelhantes em função das suas condições de vida. Esse ponto é de fundamental importância na formulação de políticas públicas voltadas para o estabelecimento de metas de redução de emissão de poluentes. Outro ponto importante é a possibilidade de encontrar alterações clínicas e metabólicas, que são precursoras de doenças respiratórias e cardiovasculares, entre indivíduos sadios mas expostos aos poluentes

do ar.” (CNDSS, 2008, p.64)

O avanço das fronteiras de colonização e a conversão dos ecossistemas também têm contribuído para o aumento das doenças respiratórias, principalmente pelo uso das queimadas, seja para o desmatamento, para a pastagem e para a renovação de determinadas culturas como a cana. Outra importante consequência dos desmatamentos é o aumento do número dos casos de malária, principalmente em municípios da Amazônia, do centro-oeste do Pará, do norte de Rondônia e do noroeste do Mato-Grosso, onde os mais atingidos são os assentados da reforma agrária, os índios e os ribeirinhos.

7. 1. 2 - Padrão Demográfico: Estrutura Etária e Fecundidade

Outra importante mudança observada no processo de industrialização e urbanização e que tem forte impacto na política de saúde foi alteração nos padrões demográficos e nas taxas de fecundidade da população brasileira. Vivenciamos, a partir dos anos 1970, uma desaceleração no ritmo de crescimento da população, que até 1970 era de cerca de 3%, caindo para 1% nos anos 2000.

A estrutura etária alterou-se acelerada e significativamente e houve um incremento no total de idosos, mas, apesar da alteração no padrão de fecundidade (passamos de 6,2 filhos por mulher em idade fértil em 1960 para 2,3 filhos em 2000, sendo que a PNAD 2008 já apontou uma taxa de fecundidade de 1,8 filhos por mulher), ainda é alto o número de jovens, ou seja, da população abaixo dos 20 anos. Observamos um decréscimo relativo, mas seu número absoluto ainda é importante e, provavelmente, só decrescerá a partir da atual década.

Segundo a projeção realizada pelo IBGE e pelo Ministério da Saúde, provavelmente a população brasileira atingirá seu máximo em 2030 com cerca de 206,8

milhões, mas uma queda neste número é esperada já a partir de 2040, quando a população, projeta-se, será de 204,7 milhões. Essa alteração deve-se, como apontam Camarano e Kanso (2011), à mudança no padrão da dinâmica da fecundidade e da mortalidade, com diminuição da mortalidade acompanhada de queda na fecundidade.

“...a população menor de 15 anos que fora responsável por 33,8% da população total, em 1992, passou a constituir 24,5% desta população, em 2008. Por outro lado, a população idosa que respondia por 7,9% da população brasileira passou a responder por 11,1%. A população em idade ativa também aumentou sua participação, tendo passado de 58,3% para 64,3%. Mas, também, envelheceu.” (CAMARANO e KANSO, 2011, p.14)

É importante observarmos que tanto as taxas de fecundidade como a estrutura etária variam de acordo com a renda, a escolaridade e a região de moradia. Como mostra o relatório da CNDSS, a taxa de fecundidade é maior entre as mulheres com até 3 anos de estudos, com uma média nacional dentre estas de 4 filhos por mulher, sendo que os maiores índices são observados na região norte, com 4,5 e os menores, na região Centro-Oeste, com 3,4 filhos por mulher. Já dentre as mulheres com mais de 8 anos de estudo, a média de 1,5 não varia muito dentre as regiões, apesar de seguir o mesmo padrão: 1,8 filhos por mulher na região Norte e 1,5 na região Centro-Oeste.

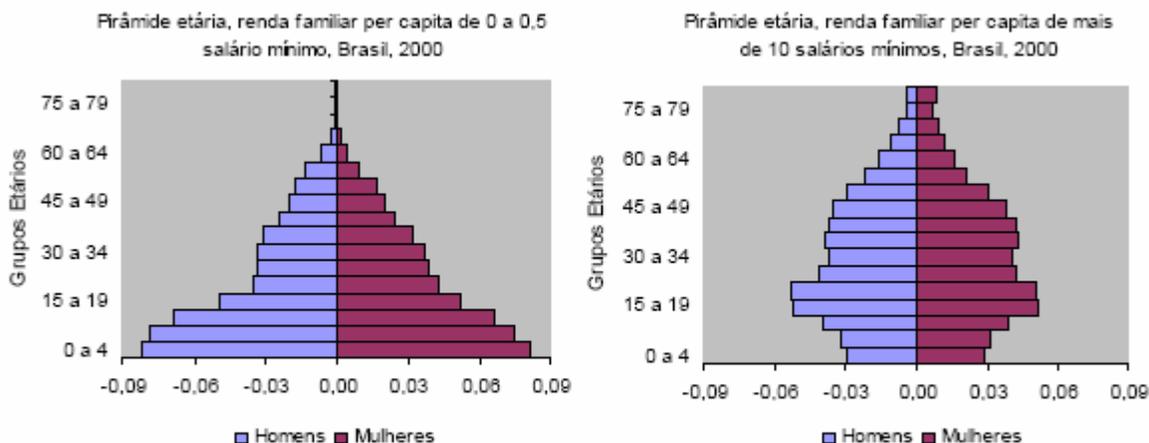
De modo geral, em termos regionais, a maior taxa de fecundidade em 2008 estava na região norte e a menor, na sudeste. Apesar das disparidades encontradas entre as faixas de renda e as regiões do Brasil, atualmente, as taxas de fecundidade já atingiram, segundo Camarano e Kanso (2011, p.18), níveis de reposição em todo o Brasil.

Maior é a disparidade do padrão de fecundidade entre as faixas de renda. Dentre as mulheres sem rendimento até aquelas que recebem $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, a fecundidade é de 4,6, enquanto dentre aquelas que estão na faixa de $\frac{1}{2}$ a 1 sal.min., já é possível observar uma queda para 2,2. Para o restante, com renda acima de 1

sal.min., o número cai para menos de 2, sendo 1,7 na faixa de 1 a 2 sal.min., 1,2 na de 2 a 5 sal.min. e, finalmente, sendo 1,1 filho por mulher com renda acima de 5 sal.min. (CNDSS, 2008, p.20).

Podemos observar essa desigualdade nas pirâmides etárias abaixo, destacadas também pelo relatório da CNDSS (2008). Nelas, podemos visualizar as desigualdades na estrutura etária entre as diferentes faixas de renda na sociedade brasileira. Baseadas nos dados do Censo de 2000, a primeira pirâmide mostra a estrutura para a população com renda familiar per capita de menos de meio salário mínimo, que correspondia a 30% da população em 2000, e a segunda, a estrutura para a faixa com renda de mais de 10 salários mínimos, o equivalente a 3% da população brasileira.

Gráfico 02: Pirâmides Etárias dos grupos extremos, por faixa de renda familiar per capita por salários mínimos - Brasil – 2000 (%)



Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 2000.

In: Relatório da CNDSS, 2008, p.22.

Também relevante para o sistema de saúde é o aumento da contribuição das mulheres entre 15 e 19 anos no número de fecundidade total, cuja média para o Brasil passou de 9,1 em 1980 para 19,4% em 2000. Apesar de o número de grávidas

adolescentes ter diminuído a partir dos anos 2000, com a redução da fecundidade nas demais faixas etárias, a participação delas perante ao total aumentou extraordinariamente. Essa mudança de padrão deve-se também às mudanças nas relações familiares e à dissociação da sexualidade ao casamento. (CNDSS, 2008; CAMARANO e KANSO, 2011). Para as demais mulheres em idade fértil, a PNAD 2008 mostra que o padrão para a renda se mantém, com as taxas de fecundidade mais altas entre as jovens do quintil de renda mais baixo. Quanto às regiões, a maior taxa foi observada na região Norte e a menor, na região Sul.

Essa mudança na estrutura etária tem importante impacto nas políticas públicas de modo geral, e não apenas na política e nos serviços de saúde. Ela reestrutura a organização familiar e o mercado de trabalho, pois altera a razão de dependentes para cada indivíduo economicamente ativo. A tendência, com o aumento da expectativa de vida e a diminuição da fecundidade, é que diminua o número de jovens enquanto aumenta o número de idosos dependentes. Essa razão no Brasil ainda é muito dispare, mas já se alterou significativamente: se considerarmos que, em 1960, tínhamos 83 dependentes para cada 100 pessoas na PEA (População Economicamente Ativa). Desses, 78 eram jovens e 5, idosos. Em 2000, para cada 100 pessoas na PEA, temos cerca de 54 dependentes, com 46 jovens e 8 idosos. A previsão é que, em 2050, a razão de dependência de idosos e jovens estará praticamente igualada.

O aumento do número de idosos também implica a alteração do perfil de morbidades no Brasil. Problemas de saúde relacionados a velhice e os cuidados que esta requer já estão ganhando espaço e constituem preocupação da política de saúde, que já trabalha em programas de prevenção de determinadas doenças, principalmente das crônicas, e em reeducação para melhora da qualidade de vida.

Entretanto, por outro lado, soma-se a isso uma cultura da – ou culto à – juventude, em uma sociedade que se esforça por envelhecer “bem” ou com “saúde”, buscando se enquadrar muito mais em um padrão de beleza do que de saúde. Esse padrão é ditado pela grande mídia e influencia sobremaneira o comportamento e a

estrutura familiar. Ademais, dentro de ambos raciocínios, idosos saudáveis e independentes não demandarão tanto nem dos serviços de saúde e nem de suas famílias.

Atualmente, a estrutura etária e a razão entre jovens e idosos se dá de modo desigual – pois é, também, resultado da desigualdade social – entre as diferentes faixas de renda, resultando em grupos com necessidades distintas que podem aprofundar as desigualdades em saúde já existentes. Em 2000,

“A composição dos dependentes é também bastante diferente, pois ao contrário da razão de dependência de jovens, a de idosos cresce com a renda. Dos 82 dependentes para cada 100 da PIA entre os mais pobres, 76 eram jovens e 6 eram idosos, ao passo que dos 31 dependentes dos grupos de maior renda, 17 eram jovens e 14 idosos, sendo a diferença no índice de idosos entre os dois grupos superior a dez vezes.” (CNDSS, 2008, p.23)

A longo prazo, a mudança na estrutura de dependência terá, , principalmente quando a proporção jovens x idosos tender a equivaler para todas as faixas de renda, um forte impacto nos grupos que estão nas faixas de renda mais baixas e com situação social vulnerável. Essa será certamente uma questão a ser enfrentada, pois é preciso uma reestruturação institucional para que um aspecto positivo e que reflete melhora na qualidade de vida, como o aumento do número de idosos, não venha a se transformar em um problema traduzido em: “temos muitos idosos e não temos condições de lidar com a demanda que eles geram”.

7. 1. 3 - Emprego e Condições de Trabalho

As condições de emprego e trabalho e seus efeitos psicossociais também têm forte impacto sobre as condições de saúde das pessoas. Para além da passagem de uma economia baseada eminentemente na produção agrária e na mineração para a

industrial e com constante crescimento das atividades comerciais e de serviço, o Brasil também vem vivenciando uma importante precarização do trabalho expressa no chamado setor informal (ilegal), que gera instabilidade e insegurança social, somando-se a questões como o desemprego, o trabalho infantil e falta de segurança no ambiente de trabalho.

A precarização do trabalho, a sujeição ao mercado de trabalho informal, o desemprego e a exclusão do mercado de trabalho estão intimamente relacionadas à piora das condições de saúde dos adultos trabalhadores no Brasil, independentemente da renda, da escolaridade e das condições de moradia desses trabalhadores, *pari passu* aos acidentes de trabalho e a doenças que estão diretamente relacionadas ao desempenho de determinadas funções.

“Acompanhando as grandes diferenças no desenvolvimento social e econômico das diversas regiões do Brasil, as características da saúde dos trabalhadores e das lesões e doenças relacionadas ao trabalho mostram um padrão misto, caracterizando uma carga dupla de doenças. Verifica-se a presença de algumas doenças já controladas em países desenvolvidos, como a silicose e outras pneumoconioses, envenenamento por chumbo, asbestose, mesotelioma relacionado com o asbesto, ao lado de outras “novas” doenças relacionadas ao trabalho como afecções musculoesqueléticas (como a síndrome do tunel do carpo e outras), doenças dermatológicas causadas por compostos químicos, além dos sintomas e distúrbios mentais relacionadas ao stress, como a síndrome do burn-out. A combinação de formas tradicionais e novas de organização do trabalho acaba por determinar altos níveis de exposição aos perigos químicos e físicos, tarefas repetitivas, excessivo uso de força, posturas inadequadas, exposição ao stress e fatores psicossociais, causando sofrimento e incapacidades temporárias e de longo prazo” (GÓMEZ e LACAZ, 2005; In: CNDSS, 2008, p. 58).

Infelizmente, dada a importância da questão, são poucos os estudos sobre o

impacto das condições de trabalho no perfil epidemiológico da população brasileira, bem como são poucos os estudos que diferenciem os grupos levando em consideração as novas formas de organização, de hierarquização e de distribuição do trabalho, seja nas linhas de produção, seja nos demais setores da economia.

Porém, é sabido que o excesso de exigências, a instabilidade e o constante medo da ameaça do desemprego a que muitos estão expostos têm efeitos psíquicos perversos, que podem ser observados no aumento dos chamados casos de stress¹⁰⁰. Estes, na realidade, acabam incorporando uma miríade de sintomas e doenças de manifestação psicossomáticas, que com o passar do tempo podem tornar-se doenças crônicas, advindas da pressão e do desgaste emocional a que os trabalhadores estão expostos.

Como demonstra o relatório da CNDSS (2008), existem apenas dados relacionados ao setor de trabalho formal, produzidos pelo Ministério da Previdência Social e pelo SUS, voltados para lesões e mortes no ambiente de trabalho. Esses dados demonstram, por exemplo, que houve uma diminuição de 56,5% dos casos de morte por acidente de trabalho entre 1990 e 2005. Entretanto, essa tendência não é atribuída a melhorias nas condições de trabalho, mas, sim, tanto ao aumento de oferta de vagas no setor terciário, em que os trabalhadores estão expostos a riscos ocupacionais baixos, quanto ao crescimento do mercado de trabalho informal, situação na qual os acidentes não são relatados.

Não existem, também segundo o relatório, evidências de que os trabalhadores informais estariam mais expostos ao risco de acidentes ocupacionais, pois as condições de trabalho no Brasil são igualmente precárias para trabalhadores formais e informais, em áreas urbanas e rurais. Mas, por outro lado, existem estudos que permitem afirmar que aqueles que estão no setor informal apresentam, mais comumente, transtornos

¹⁰⁰ Para uma classificação dos casos de stress e suas consequências ver: AZEVEDO e KITAMURA: “Stress, Trabalho e Qualidade de Vida”. Disponível em: http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/foruns_interdisciplinares_saude/fadiga/fadiga_cap10.pdf (Acesso em 28/06/2012).

psicológicos menores ou sintomas de doenças mentais, provavelmente em razão da insegurança/instabilidade característica do vínculo empregatício a que estão sujeitos.

Mas há correlações que, independentemente desses fatores, já podem ser feitas, pois são evidentes, como o caso do risco a que estão expostos os motoboys. No entanto, esses sinistros nem sempre aparecem como acidentes de trabalho nas estatísticas, mas sim como acidentes ou homicídios de trânsito, contribuindo para o sub-registro de acidentes (fatais ou não) de trabalho no Brasil.

7. 1. 4 - Alimentação e Nutrição

Obviamente, o acesso a uma alimentação adequada e de qualidade é um dos principais determinantes da saúde. Esse acesso é fortemente determinado pela renda e por fatores sociais, culturais e comportamentais. O Brasil tem vivenciado uma importante mudança nos padrões de alimentação, com um significativo aumento no consumo de alimentos ricos em gorduras (especialmente as hidrogenadas) e em açúcares, além de outros ingredientes químicos presentes nos produtos industrializados. E, como ressalta o relatório da CNDSS:

“(...) o processo de transição nutricional é também marcado pela sobreposição de padrões, pela temporalidade indefinida e, sobretudo, pelas desigualdades de acordo com a estratificação socioeconômica.”
(CNDSS, 2008, p. 52)

Posto que o brasileiro vem consumindo cada vez menos cereais, feijões, raízes e tubérculos, essa mudança nos padrões alimentares está incidindo sobre os casos de obesidade e sobrepeso, condição que leva ao desenvolvimento de doenças crônicas e de incapacidades como problemas músculo-esqueléticos, osteoartrite, dificuldades respiratórias, problemas de pele e infertilidade e até condições graves, como doenças coronarianas, diabetes tipo 2 e certos tipos de câncer. É preciso lembrar que o

sobrepeso e a obesidade são a segunda maior causa evitável de câncer, apenas atrás do tabagismo.

O número de adultos com sobrepeso no Brasil dobrou dos anos 1970 aos anos 2000. Em 2003, em média, quatro em cada dez brasileiro adultos tinham excesso de peso. Estima-se que, dentre aqueles com 20 anos ou mais, existam 3,8 milhões de pessoas (ou seja 4% da população) com déficit de peso, ao passo que seriam cerca de 38,8 milhões (40,6%) com excesso de peso, das quais 10,5 milhões seriam consideradas obesas.

Nesse caso, também existem desigualdades entre os gêneros e assimetrias regionais. Quando analisamos os dados por sexo, a prevalência de sobrepeso/obesidade é maior entre os homens e quanto maior a renda, maior é a sua incidência. Entre as mulheres, o padrão se inverte: a prevalência é maior entre os dois quintis de renda mais baixos. O mesmo padrão é observado para os adolescentes. Quando a variável considerada para a análise é a escolaridade, observamos que, no caso dos homens, a obesidade aumenta em todos os estratos de escolaridade da população masculina, já no das mulheres, a prevalência é maior dentre aquelas com escolaridade menor ou igual a 4 anos.

Entretanto, não possuímos ainda informações suficientes para entender a obesidade nos estratos menos favorecidos da população brasileira. Além disso, a transição nutricional que é acompanhada pelo crescimento dos casos de obesidade é também marcada pela desnutrição, o que resulta em uma dupla carga que ocorre regularmente no mesmo grupo familiar e com maior frequência nas áreas urbanas e em famílias de baixa renda.

7. 1. 5 - Acesso a serviços de Saúde

O acesso a serviços de saúde tem um óbvio impacto sobre as desigualdades em saúde. A princípio, quanto mais igualitário for o acesso, menores deveriam ser as

desigualdades em saúde. Entretanto, como no que se refere aos demais determinantes, essa relação não é direta: com o SUS, o Brasil conseguiu, até agora, atingir patamares de atendimento muito distantes da realidade dos sistemas existentes até os anos 1980.

Esse acesso viveu sua primeira expansão, paulatina, já durante o governo militar, quando outras categorias de trabalhadores começam a ser incluídas nos serviços de saúde fornecidos via INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social). Houve, nesse período, um importante incremento nos serviços prestados pelo setor privado, que pode ser observado no número de leitos oferecidos, por exemplo: em 1960, apenas 14% dos leitos oferecidos visavam lucro, ao passo que, em 1975, já eram 45,2%. Quanto à inclusão de outras categorias além dos trabalhadores urbanos, Dowbor (2009) ressalta:

“Em 1971, os trabalhadores rurais foram incluídos como beneficiários de serviços de saúde; em 1972, trabalhadores domésticos; em 1973, trabalhadores autônomos, em 1974 inválidos e pessoas acima de 70 anos, em 1975 empregadores rurais. Estes números demonstram inegáveis avanços: entre 1968 e 1978, o número de contribuintes segurados praticamente triplicou (de 7.763.058 para 21.166.088). Ao final dos anos 1970, o seguro social de saúde cobria 80% da população economicamente ativa. Se considerarmos que em 1960, eram 4.058.000 segurados o número praticamente quintuplicou em 1975.” (DOWBOR, 2009, p.03)

Obviamente, esse incremento não significou qualidade de acesso e nem resultou em equidade. Salto muito maior acontece com a implementação do SUS e com a universalização do acesso, com a integralidade da atenção e com a gratuidade dos serviços prestados. Como aponta o relatório da CNDSS, em 2005, o SUS realizou 450 milhões de consultas médicas, 11,8 milhões de internações, 2,6 milhões de partos, 250 milhões de exames laboratoriais, 40 milhões de vacinações, 80 mil cirurgias cardíacas e 20 mil transplantes de órgãos. (CNDSS, 2008, p.66)

Só o Programa de Saúde da Família, o PSF, criado em 1994, contava com 27,5 mil

equipes (mais de 150 mil profissionais) atuando em 92% dos municípios brasileiros em 2008. Com um orçamento de R\$ 2 bilhões, em 2008, o PSF atendeu 80 milhões de pessoas (44% da população). Outro destaque é o programa nacional de imunização, que passou a atender de 40% das crianças em 1978 para 94,7% em 1999.

O relatório aponta:

“Apesar destes inegáveis avanços na produção de serviços e dos princípios de universalidade e equidade que regem o SUS, ainda se observam importantes desigualdades na oferta de recursos e serviços, assim como uma forte influência da posição social dos indivíduos no acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde.” (CNDSS, 2008, p.67)

Com o SUS, o Brasil tem gasto cerca de 7% de seu PIB em saúde. O investimento per capita em 2008 foi de, aproximadamente, R\$ 1159,00 ou US\$ 778,00 PPC (paridade de poder de compra) para 189 milhões de habitantes. Destes, 79% eram “SUS dependentes” e o restante, clientes do setor suplementar. No total, naquele ano, o setor privado/suplementar gastou R\$ 112,4 bilhões, enquanto o gasto público foi de R\$ 103,3 bilhões.

Entretanto, devemos considerar que o setor privado tem uma renúncia fiscal no aporte de, aproximadamente, R\$ 8,7 bilhões. Destes, R\$ 4,7 bi são referentes as renúncias de Imposto de Renda de pessoas físicas e jurídicas, mais R\$ 4,2 bilhões são concedidos a entidades filantrópicas e sem fins lucrativos e à produção de determinados medicamentos.

Desse modo, o gasto real totaliza R\$ 107,7 bilhões para o setor privado e R\$ 112 bilhões para o setor público. Per capita, são R\$ 1.365,00 no setor privado (com cerca de 40,9 milhões de usuários) e R\$ 591,00 no setor público (com 148,1 milhões de usuários).

Somam-se a essas disparidades as de investimentos entre os entes federados – união, estados e municípios – as disparidades regionais e a de distribuição de

equipamentos e tipos de serviços prestados entre os setores público e privado/suplementar.

Os gastos per capita também são relativamente baixos nas diferentes regiões do Brasil, reforçando as desigualdades regionais. Apenas como parâmetro, o relatório da CNDSS mostra que, em 2004, o gasto per capita para o Brasil foi de R\$ 358,50. Já regionalmente temos: Norte - R\$ 308,3; Nordeste - R\$ 252,0; Centro-oeste - R\$ 325,6; Sudeste - R\$ 360,6 e Sul - R\$ 306,7. A distribuição de leitos por habitantes (segundo dados disponíveis para o ano de 2005) também é desigual, com o menor número nas regiões Norte (1,9/1000 hab) e Nordeste (2,3/1000 hab). A proporção é maior nas regiões Sul (2,8/1000 hab), Centro-Oeste (2,6/1000 hab) e Sudeste (2,4/1000 hab).

Apesar de a competência pela implementação da política ser descentralizada no SUS, sendo cada ente responsável pela elaboração e implementação de serviços específicos, a União é a única que pode arrecadar diretamente para a saúde e, por isso, é responsável pelo repasse para Estados e Municípios, que, é preciso considerar, dá-se de forma desigual. Dos recursos investidos em saúde, 47% são da União, 26%, dos Estados e 27%, dos Municípios.

Quanto à distribuição de serviços e equipamentos, cabe observar que os estabelecimentos que oferecem internação são, em sua maioria, privados e as unidades ambulatoriais, públicas. Para termos uma dimensão do problema, em 2005, o Brasil tinha 2,4 leitos por 1000 pessoas. O SUS disponibilizava 1,8 leitos para cada 1000 usuários e o setor suplementar/privado, 2,9 leitos por 1000 usuários. Em 2009, 14% dos 595.712 leitos estavam em estabelecimentos que ofereciam serviços ao SUS e ao setor suplementar, sendo 30% deles utilizados pelo setor privado.

Além de uma menor oferta de leitos, os usuários do setor público precisam disputá-los com os clientes do setor privado, pois, segundo dados do PNAD/IBGE, em 2003, 1,3% dos usuários de planos de saúde foram internados pelo SUS para uso de serviços como quimioterapia, radioterapia, hemoterapia ou hemodiálise.

Além disso, os usuários do setor suplementar têm a sua disposição 7 vezes mais

aparelhos de ressonância magnética, 5 vezes mais mamógrafos e 4 vezes mais litotriposores e tomógrafos do que os usuários do setor público, sendo que, é preciso observar, há sobre-oferta de aparelhos no Brasil. Ademais, como aponta o relatório da CNDSS,

“Em relação ao tipo de serviço utilizado, os que possuem cobertura por planos de saúde procuram mais clínicas e consultórios, e somente 3,9% usam as unidades de saúde do SUS, principalmente para vacinação e acesso a medicamentos cedidos pela rede pública. A parte da população usuária apenas do SUS procura mais prontos-socorros do que centros de saúde (duas vezes mais), sendo muito baixa a referência de uso de clínicas e consultórios. Estas desigualdades apontam para uma grande diferença entre a porta de entrada no sistema de saúde para a população usuária do SUS e os consumidores de planos de saúde. A maior procura por atendimento de urgência/emergência entre os usuários do SUS reflete menor oferta e/ou acesso à rede de unidades básicas” (CNDSS, 2008, p.73)

Essa assimetria também evidencia as diferenças de qualidade do serviço prestado entre um setor e outro. No setor suplementar e privado, é possível estabelecer um laço mais próximo com determinado profissional e escolhê-lo para ser seu médico, criando a possibilidade da construção de um histórico e de um relacionamento médico paciente em longo prazo. É o que acontece principalmente no caso de mulheres que criam “laços” de confiança com o “seu ginecologista” ou no caso da pediatria, em que é possível que uma criança tenha toda a sua infância acompanhada pelo mesmo médico.

A procura por serviços de urgência/emergência pode denotar a ausência desse laço entre o paciente e o médico, bem como má qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Saúde, onde a falta de estrutura, condições e equipamentos de trabalho é constante e a rotatividade de profissionais é sempre muito alta e o tempo de espera por uma consulta, longo. Embora às vezes menos eficaz, já que, neles, não é possível fazer um tratamento em longo prazo, os Pronto-Socorros acabam tendo uma resposta mais

imediate, que pode não resolver o problema de saúde apresentado, mas que, de alguma maneira, garante ou um alívio imediato ao sofrimento, ou a permanência do indivíduo no trabalho enquanto for possível.

Os clientes beneficiários de planos de saúde – como já mencionado – representam 21% da população, concentrando-se nas regiões Sul e Sudeste e nas capitais das demais regiões. São aqueles que possuem renda igual ou superior a três salários mínimos, tratando-se de um grupo que apresenta a maior concentração de idosos – correlação quase direta: a longevidade entre os mais ricos está associada à melhor qualidade de vida e ao acesso a serviços de saúde, que funcionam na prevenção e têm melhor impacto quando a questão for a cura. A distribuição entre usuários do setor público e clientes do setor privado reproduz, praticamente *ipsis litteris*, a desigualdade de distribuição de renda da sociedade brasileira.

A clientela usuária do SUS é constituída pela parcela da população com menor renda e escolaridade. “A chance de um indivíduo com até 3 anos de estudo usar o serviço público é quatro vezes maior do que aquele com 11 anos de estudo ou mais, enquanto naqueles pertencentes aos estratos mais baixos de renda a chance é dezenove maior, quando comparado com os de maior renda.” (CNDSS, 2008, p. 72)

7. 2 - Os DSSs e a Política de Saúde

Sobre este tópico, algumas observações precisam ser feitas. A análise a partir dos DSSs pela sociologia da saúde, principalmente quando questionamentos sobre a justiça dos sistemas e políticas de saúde se colocam, tem sido cada vez mais recorrente. Os indicadores de desigualdades em saúde, inferidos dos determinantes da saúde, têm servido de parâmetro para apontarmos e conhecermos as desigualdades e iniquidades para as quais as políticas públicas deveriam voltar-se se o que queremos é diminuir o gradiente de diferenças em saúde entre os grupos sociais e entre os indivíduos de um mesmo grupo.

Entretanto, como vimos, a atuação a partir dos DSSs requer uma intersetorialidade e um investimento em pesquisas e produção de dados que, no plano da perfeição, deveriam dar conta de acompanhar o ritmo das transformações que os determinam. Se a busca por resultados justos for atrelada a esse conhecimento perfeito, teremos um grande problema.

Antes de nos voltarmos para as questões mais afeitas ao fazer da política, é pertinente ressaltarmos a dificuldade inerente à análise de diferenças entre grupos e entre os membros de um mesmo grupo. Primeiramente, isso nos leva a identificar grupos segundo critérios – faixa de renda, nível de escolaridade, gênero, raça/etnia, faixa etária – que podem englobar diferenças importantes, o que nos impediria de tratar como iguais e identificados com esse grupo vários dentre aqueles que reconheceríamos como membro de um determinado grupo, e portanto, sujeito a certos DSSs.

Às identificações dos grupos, em um mundo perfeito, deveríamos também somar as escolhas e trocas individuais que as pessoas assumem ao longo de suas vidas, que *podem independender* do grupo aos quais pertencem¹⁰¹ e que incidem sobre sua saúde.

Obviamente, relativizar demais não é a melhor estratégia para pensarmos nessa escala, já que o alvo é a política pública. O ponto de partida para a tomada de decisões será, inexoravelmente, a noção de cidadão que dá fundamentação ao direito – no caso brasileiro, o direito universal à saúde. Refiro-me à noção que determina seu status moral, como livres e iguais, somada à ideia de que a saúde é um direito de todos. Para

¹⁰¹ Estou considerando que a atuação do indivíduo não é necessariamente determinada pelo grupo. Ela pode ser, sim, influenciada pelo grupo e por razões mais individualizadas, como o gosto (ainda que o gosto também tenha relação com o grupo ou grupos aos quais pertencemos ao longo de nossas vidas ou aos quais nos opomos), mas, talvez, seja mais afeito a escolhas, preferências construídas ao longo de nossa trajetória una e individual do que com relação a pertença a um grupo específico. Embora o objeto seja outro, essa ideia está na argumentação de Iris Marion Young. A considero útil para pensar as escolhas individuais que têm impacto sobre a saúde. Ao discutir identidade, a autora coloca: “Subjects are not only conditioned by their positions in structured social relation; subjects are also agents. To be an agent means that you can take the constraints and possibilities that condition your life and make something of them in your own way (...) Our experiences of cultural meaning and structural positioning occur in unique events and interactions with other individuals and the unique events are often more important to our sense of ourselves than are these social facts.” (YOUNG, 2000, location 1297)

atendê-la, é preciso determinar um pacote mínimo de serviços voltado para um perfil epidemiológico, sócio-econômico e ambiental mais geral, que irá, com toda certeza, ignorar diferenças importantes.

Mas a demanda é a de que estas diferenças sejam discutidas e incorporadas nas etapas da política seguintes a sua definição central, já que esta última deve ser mais abrangente do que específica. Essas são etapas nas quais casos específicos surgirão e serão discutidos em face ao direito dos demais e em face à garantia dos objetivos centrais da política.

Conhecer os DSSs auxilia na formulação de programas e de medidas a nível macro e micro. Como nível macro, refiro-me às decisões que são tomadas geralmente por aqueles que não estão no campo operacional da política e, portanto, distantes dos dramas cotidianos de seus usuários, decisões que visam às proposições centrais da política, delineadas em seu desenho e normatização legal. Como nível micro, refiro-me principalmente ao processo de implementação das políticas públicas e a questões atreladas ao dia-a-dia da política.

Para cada nível, surgem diferentes dilemas teóricos e questões práticas a serem enfrentadas. No nível macro, é necessária uma concatenação de objetivos entre as diferentes políticas públicas envolvidas com cada determinante da saúde encontrado. Se a educação é um importante determinante, é preciso (re)conhecer em quais condições essa influência se faz mais presente, compreender se seu impacto é igual entre os grupos e entre os gêneros, interrogar-se sobre até que ponto o acesso a educação e informação realmente impactam na saúde das pessoas e sobre em qual nível é possível fazer um recorte – por exemplo, qual é o gradiente de diferença do impacto em saúde dentre aqueles que possuem nível de ensino fundamental, para os que possuem nível médio e para aqueles que têm nível superior? É preciso perguntar-se, para alcançar melhores resultados em curto prazo – já que mudanças no sistema educacional são mais perceptíveis em longo prazo no que se refere à qualidade e a seu impacto, de novo, na qualidade de vida das pessoas, se o uso dos grandes meios de

comunicação, por exemplo, são eficazes na *publicização* da informação (no sentido de torna-la inteligível e acessível a todos ou, ao menos, para a maioria) em saúde, ou se eles atrapalham e acabam por inculcar mitos e ideias errôneas.

Estamos diante de uma complexa rede que precisa ser construída de maneira eficiente e sincronizada e que precisa de uma organização política e burocrática que englobe a indeterminação e as mudanças sociais que sempre acontecem em descompasso com a lei e com a organização e implementação da política.

No nível micro, enfrentamos especificamente ações que serão empenhadas pelos profissionais envolvidos com o *fazer da política* e seus desafios cotidianos, atores que precisam ter acesso a esse conhecimento e liberdade para usá-lo em decisões afeitas ao universo da política com o qual estão envolvidos.

O problema é que o conhecimento dos DSSs, apesar de fundamental, é uma tarefa ambiciosa, considerando que, como indiquei acima, as transformações sociais que impactam na saúde das pessoas, em seu conhecimento e na sua transformação em ações políticas ocorrem em ritmos cuja sincronização é uma tarefa praticamente impossível.

Soma-se a isso, fato também apontado por Norman Daniels que já vimos anteriormente, que não é possível inferir dos DSSs uma teoria causal que aponte uma relação direta entre uma desigualdade específica e outra, principalmente se pensarmos em sociedades diferentes ou em grupos em uma mesma sociedade. Não é possível afirmar um padrão, segundo o qual determinada desigualdade sempre incidirá negativamente sobre a saúde das pessoas.

Retornando para o âmbito da formulação e implementação de políticas públicas, notemos que a questão também se coloca, já que o objeto da política (e seu objetivo) está em constante transformação. Dessa forma,

“A noção comum entre as pesquisas de implementação – de que programas públicos precisam ser baseados, se eles desejam ter alguma perspectiva de sucesso, em uma teoria causal indubitável – é, no

mínimo, ingênua e, na pior hipótese, certamente perigosa (...). A taxa de transformação na maioria das áreas é tão rápida e a necessidade de se adaptar a uma realidade variável tão grande que as perspectivas em possuir a nível central o conhecimento necessário para o que tem que ser feito e em repassá-lo a nível local a tempo é extremamente pequena.” (ROTHSTEIN, 1998, p.77)¹⁰²

Isso significa que a aposta no conhecimento dos DSSs para a formulação de políticas de saúde mais justas pode configurar-se em uma armadilha, pois a política precisa ser implementada independentemente do grau de conhecimento dos determinantes. Sempre haverá a “diferença de tempo” entre a produção do conhecimento necessário e a implementação da política.

Essa é, com toda certeza, uma dificuldade com a qual a política precisa lidar, que será maior ou menor dependendo do grau de incerteza característico de cada política pública. No caso da saúde, uma política dinâmica e intervencionista, essa é uma dificuldade que estará sempre presente. Por isso, seu desenho precisa ser impreciso para poder acomodar casos específicos, transformações sociais e conflito.

Trata-se, certamente, de uma tarefa complexa, dada a natureza da organização do Estado, geralmente pautada em tarefas padronizadas, com escopos de atuação específicos e limitados para cada funcionário, e por uma distribuição de tarefas na qual, normalmente, aqueles que se encontram na ponta do sistema têm pequena margem de atuação no que se refere à tomada de decisões e ao acesso à verba para sua realização quando recursos financeiros se fizerem necessário.

Esse tipo de organização entrava a política e acaba por impedir os funcionários da “linha de frente” de adequarem suas tarefas as variações cotidianas. É o que Rothstein chama de “*problem of street level bureaucracy*”, já que, teoricamente, as decisões em

¹⁰² Tradução minha, texto original: “The notion common among implementation researches – that public programs must be based, if they are to have any prospects of success, on an indubitable casual theory – is at best naïve, and at worst downright dangerous... The rate of change of most areas is so rapid, and the need to adjust operations to a variable reality so great, that the prospects for possessing certain knowledge at the central level of what has to be done, and of passing this down to the local level in time, are extremely small.” (ROTHSTEIN, 1998, p. 77)

políticas dinâmicas e intervencionistas deveriam – também – ser tomadas por aqueles que estão na prática diária e em contato direto com os usuários da política, “*the operative field personnel*”.

“Para estes, é preciso garantir o direito de julgar, independentemente e sob sua responsabilidade, quais medidas são mais apropriadas para cada situação. É a soma de suas ações que constitui a política pública. Se essas ações refletem os objetivos estabelecidos por órgãos democraticamente constituídos, – isso deve ser encarado como uma questão aberta.” (ROTHSTEIN, 1998, p.80)¹⁰³

A ausência de garantia dessa atuação gera um vácuo quanto à responsabilização das decisões e emperra o funcionamento diário da política, fazendo com que esta se torne incapaz de acompanhar as transformações inerentes ao seu objeto. Se o funcionário que está no campo operativo precisa da autorização de um quadro superior centralizado e distante da sua rotina, decisões não tomadas a tempo terão um importante – e, na maior parte dos casos, negativo – impacto na política, . Entretanto, seus responsáveis não serão facilmente identificáveis.

Os dados da Ouvidoria Geral do Município de Campinas revelam essa realidade. Muitos coordenadores de Centros de Saúde apontam como problema central para a execução de suas tarefas a falta de recursos disponíveis dada a caracterização de seu cargo na estrutura funcional da Secretaria Municipal de Saúde, pois, apesar de serem Coordenadores das Unidades Básicas, eles têm um escopo de atuação limitado perante ao que lhes é demandado pelos usuários e demais funcionários da Unidade, fazendo com que sua atuação fique aquém do esperado e do necessário no momento em que se submete aos ditames burocráticos da máquina pública.

Esse problema pode ser identificado, em maior ou menor grau, nas diferentes

¹⁰³ Tradução minha, texto original: “They must, that is, be granted the right to judge, independently, and on their own responsibility, which measures are appropriate in a given situation. It is the sum of their actions which constitutes the public program. As to whether these actions reflect the objectives laid down by the democratically constituted organs – this must be regarded as an open question.” (ROTHSTEIN, 1998, p. 80)

instâncias de uma política de saúde como o SUS, de modo que a identificação, o conhecimento dos determinantes sociais da saúde e a transformação destes em ação passa por esses e outros percalços. Essa concertação precisa acontecer para além do âmbito da política de saúde, pois mitigar os DSSs demanda uma atuação articulada entre várias políticas públicas, passando, como já vimos, por áreas como a educação, habitação, assistência social, políticas de geração de renda e de trabalho, serviços de saneamento básico, entre outros.

Por outro lado, é preciso ressaltar que seria uma incorreção usar tais questões para, inadvertidamente, justificar as iniquidades em saúde, pois, ao mesmo tempo em que as iniquidades em saúde são resultado de desigualdades exteriores, que estão para além do campo de atuação específico da política de saúde, uma política de saúde injusta também gerará desigualdades em saúde e nestas outras áreas.

Saliento que, com isso, não almejo significar que os DSSs não devem ser considerados. Antes, sublinho que, ao conhecimento sobre os DSSs e à atuação que, a partir de então, é requerida, é preciso somar a noção de que as desigualdades podem ser mitigadas (mas não totalmente eliminadas) buscando uma distribuição mais equitativa dos bens que são relevantes para a saúde das pessoas.

Retomo, neste ponto, a noção rawlsiana de que a estrutura básica deve funcionar para minorar os efeitos da loteria natural e das arbitrariedades sociais. Identificar os DSSs significa identificar as arbitrariedades que podem ser mitigadas e que, justamente por isso, são resultado de injustiças sociais.

Desde que fuçamos da armadilha teórica e prática que eles podem significar.

VIII – História, Disputa e Substância – a construção do Direito à Saúde

Início este capítulo com uma breve incursão pela história da saúde pública no Brasil, importante para compreendermos os princípios que hoje fundamentam o SUS. Brevemente iniciando pela política de saúde no Governo Militar, passarei pelo papel exercido pelo Movimento Sanitarista, da concertação e disputa de projetos à época da Constituinte, seguindo até a implementação do SUS.

Ressalto que o foco aqui são seus princípios: a universalidade, a integralidade, a igualdade, o dever do Estado de fornecer os serviços de saúde, gratuitamente, a participação social e a descentralização da gestão. Não pretendo esgotar essa discussão no espaço deste trabalho, por isso, elenquei questões pontuais, já que o foco central é analisar esses preceitos e a justiça da política à luz das concepções de justiça apresentadas nos primeiros capítulos.

Venho, ao longo do texto, trazendo tais princípios ao debate indiretamente, como na discussão precedente referente aos DSSs, pois eles, ao chamarem, também, atenção para a prática do SUS, evidenciam a fragilidade da aplicação de tais princípios.

A hipótese que pretendo discutir é a de que temos, no SUS, concepções de justiça distintas e dispareas que convivem há muito tempo na política pública de saúde brasileira e que foram objeto de disputa durante todo o período de construção de um novo paradigma em saúde, período que engloba desde o início da atuação do movimento sanitário até os dias de hoje, já que ainda há muito a ser feito para a consolidação do sistema e de seus princípios.

Compartilho da opinião de Telma Menicucci (2007) quando a autora afirma que o SUS é resultado das reivindicações do Movimento Sanitarista, mas que, também, é fortemente marcado pelo legado das políticas de saúde prévias a ele, que fizeram com que o processo de inovação do SUS fosse limitado, o que Menicucci analisa como *efeito de feedback*.

8. 1 - Concepções de Justiça e Projetos Políticos

Já mencionei, no capítulo IV, que minha análise do SUS não se dá em uma chave puramente institucional e que afirmar que instituições justas geram um comportamento justo não implica necessariamente negligenciar o papel desempenhado pelos atores sociais quando em relação com estas, pois estes tanto têm seu comportamento afetado pela política como atuam em (e influenciam) os rumos de suas transformações.

Mas as normas das instituições e seu desenho têm relação direta com as noções de moralidade e de justiça prevalentes em uma sociedade em uma via de mão dupla, de modo que tanto são resultado destas como também as governam. Por isso, para o entendimento do processo de construção do SUS e seus resultados é preciso ir além a premissa de Rothstein (1998)¹⁰⁴.

Embora, como já vimos, Rawls não pense a Democracia na chave da participação popular direta na construção da política e nem tenha elaborado claramente como seria o processo político em sua democracia constitucional, considero que podemos complementar – para a análise do papel desempenhado pelo movimento sanitário na construção do SUS e também do papel exercido pelas instâncias colegiadas e demais atores no processo da política – a sua noção de democracia sem distorcer ou perder a essência de sua teoria. Lembro que, para Rawls, mais importante do que a forma de governo são os valores que fundamentam a ação e a capacidade de os atores formarem seu senso de justiça, já que os princípios da justiça são voltados para os cidadãos em exercício de suas capacidades políticas e oferecem parâmetros que orientam sua atuação.

A questão apontada por Rawls (2008), que já foi nosso objeto de debate no capítulo V, é que um dos principais defeitos dos governos constitucionais tem sido

¹⁰⁴ O autor coloca: “Politics, understood as the conscious design of political institutions and programs, is not just something to be explained by the surrounding society; it has its own explanatory power. The design given to political institutions governs the notions of morality and justice prevailing in society.” (ROTHSTEIN, 1999, p.217)

justamente a incapacidade de assegurar o valor equitativo da liberdade política. Novamente, para o autor, o critério que devemos adotar para julgar qualquer procedimento é a justiça de seus resultados. No caso das democracias, a falha, para Rawls, é que estas são, na melhor hipótese, uma *rivalidade regulada*, com o poder político desigual garantindo os interesses daqueles que estão em posições privilegiadas da sociedade. Nesse ponto, a regra da maioria e o sufrágio universal são insuficientes, já que os partidos e as eleições são financiadas por recursos privados condicionando o fórum político aos interesses de poucos. Aponta o autor,

“Essas questões, porém, pertencem à sociologia política. Sua menção aqui é uma forma de salientar que a nossa discussão faz parte da teoria da justiça e não deve ser confundida com uma teoria do sistema político. Estamos em meio à descrição de um arranjo ideal, termo de comparação que define um padrão para julgar as instituições reais e indica o que deve ser garantido para que afastamentos em relação a esse padrão se justifiquem.” (RAWLS, 2008, p. 280)

Nessa esteira, minha proposta é complementar a noção rawlsiana com a noção de projetos políticos. Portanto, duas ideias chave para a análise da construção do SUS fundamentam minha argumentação: uma é a noção rawlsiana que as concepções de justiça orientam o julgamento e a atuação dos atores na política; a outra é a ideia fundamental da noção de projetos políticos, apontada por Szwako (2012, p. 37), em que o projeto político como categoria aberta à dinâmica da vida empírica carrega pressupostos que consideram a heterogeneidade e a conflitualidade constitutiva da sociedade civil e, é importante, que um projeto político não é nem mero produto nem produtor das estruturas sociais, mas, antes, um componente estruturante de amplos processos históricos.

“Projetos políticos” designa o *conjunto de crenças, de interesses, de concepções de mundo e de representações do que deve ser a vida em sociedade que orientam a ação política dos diferentes sujeitos*, o que tem várias implicações. A primeira é

ênfatisar a intencionalidade como componente da ação da política, pois, aqui, a política também é um terreno estruturado por escolhas, *expressas nas ações dos sujeitos, orientados por um conjunto de representações, valores, crenças e interesses*. A segunda é o vínculo indissolúvel entre a cultura e política que ela expressa, pois os projetos políticos também *expressam, veiculam e produzem significados que integram matrizes culturais mais amplas*. A terceira é que ela também recobre *a ampla gama de formatos nos quais representações, crenças e interesses se expressam em ações políticas, com distintos graus de explicitação e coerência*.

“Assim, os projetos políticos são projetos coletivos que se caracterizam fundamentalmente pela sua dimensão societária, no sentido de que contém visões do que deve ser a vida em sociedade. Como critério que nos permita distinguir essa noção de projeto político de outras formulações que também expressam visões de sociedade, vale insistir aqui no que afirmamos acima na sua caracterização inicial: o seu caráter distintivo repousa na sua vinculação com a ação política, no fato de que os conteúdos de um projeto político orientam esta ação nas diversas formas que ela assume.” (DAGNINO, OLVERA, PANFICHI, 2006, p. 40)

Muito brevemente, antes de dar continuidade à reflexão, considero importante debruçarmo-nos sobre o problema do conflito em Rawls, categoria fundamental da noção de projetos políticos. Chantal Mouffe¹⁰⁵ constrói sua crítica à democracia em Rawls justamente argumentando que não há, em sua teoria, espaço para o conflito tal como o que está contido na noção de projetos políticos.

Mouffe argumenta que, apesar de Rawls elaborar sua teoria para sociedades democráticas caracterizadas pelo “fato do pluralismo” sua teoria, e principalmente, a noção de consenso sobreposto desenvolvido em **Political liberalism** (2005), na realidade, leva à anulação do conflito nas relações sociais, já que sua busca por estabilidade, através de um pluralismo sem antagonismo leva, inclusive, à perda da

¹⁰⁵ Estou me baseando aqui na argumentação da autora em **On the Political** (2005) e em **The Democratic Paradox** (2000).

dimensão do político. Segundo a autora, não há, na teoria de Rawls, espaço para a diferença, nem para a noção de que o social é constituído por relações de poder e portanto de alguma forma de exclusão.

Apenas para situar a discussão, segundo Mouffe, em uma democracia pluralista, a relação antagônica nós/eles tem que ser transformada, pois se trata de uma relação entre inimigos que não querem compartilhar de um ponto em comum. A autora propõe então a noção de uma relação agonística, compreendendo que

“Agonismo é uma relação nós/eles na qual as partes conflitantes, apesar de saberem que não há uma solução racional para o seu conflito, mesmo assim reconhecem a legitimidade de seus oponentes. Eles são ‘adversários’, e não inimigos.” (MOUFFE, 2009, p.20)¹⁰⁶

Nessa chave, o adversário é fundamental para a democracia e também seu constitutivo, já que é a noção de adversário que permite à política democrática transformar antagonismo em agonismo. O que está em jogo na luta agonística é a verdadeira configuração das relações de poder em torno das quais uma sociedade é estruturada: é uma luta entre projetos hegemônicos opostos que nunca poderão, racionalmente, se reconciliar. Para Mouffe, a passagem do antagonismo ao agonismo só é possível pela existência de instituições democráticas.

O que Mouffe aponta é que muitos liberais não querem assumir o papel do afeto/paixão¹⁰⁷ na construção das identidades políticas porque o seu reconhecimento

¹⁰⁶ Tradução minha, texto original: “agonism is a we/they relation where the conflicting parties, although acknowledging that there is no rational solution to their conflict, nevertheless recognize the legitimacy of their opponents. They are ‘adversaries’ not enemies.” (MOUFFE, 2009, p.20)

¹⁰⁷ Para a autora, com a paixão, o que está em jogo para o indivíduo é uma questão de identidade. É preciso identificar-se com a causa para dela fazer parte e até mesmo o voto está para além de uma simples escolha racional voltada para a defesa de interesses: ele incorpora, principalmente, uma dimensão de identificação. “The theorists who want to eliminate passions from politics and argue that democratic politics should be understood only in terms of reason, moderation and consensus are showing their lack of understanding of the dynamics of the political. They do not see that democratic politics needs to have a real purchase on people’s desires and fantasies and that, instead of opposing interests to sentiments and reason to passions, it should offer forms of identifications conducive to democratic practices.” (MOUFFE, 2009, p.28)

constitui-se em um impeditivo para a realização do consenso, o que, na opinião deles, é o objetivo da democracia. Mas, ao invés de colocar a democracia em risco, o agonismo é, na realidade, a condição para a sua existência, pois a especificidade da democracia moderna baseia-se no reconhecimento e na legitimidade do conflito. Uma sociedade liberal plural deve prover instituições que permitam sua realização. Sua supressão, ao contrário, seria a imposição de uma ordem autoritária.

A autora reconhece que o consenso desejado pelos liberais é, sem dúvida, necessário para as instituições constitutivas da democracia e para a determinação dos valores ético-políticos que orientam as associações políticas, mas o consenso precisa ser acompanhado pelo dissenso, pois sempre haverá discordância acerca da maneira como esses serão implementados. “Em uma democracia plural tais discordâncias não são apenas legítimas como necessárias. Elas fornecem a substância da política democrática.” (Mouffe, 2009, p.31)¹⁰⁸

Para respondermos à questão do conflito e à crítica elaborada por Mouffe, de início, voltarei-me brevemente para o entendimento da participação na democracia constitucional em Rawls. Ao discorrer sobre o papel das instituições e sobre o significado das liberdades fundamentais, Rawls esclarece que, para que a tolerância se realize, é necessária uma constituição justa, que garanta o exercício das liberdades de cidadania.

As liberdades, segundo os critérios da Teoria da Justiça como equidade, são reguladas pelo Estado e limitadas por interesses de ordem e segurança pública, já que questões sobre a capacidade de ser feliz e preferências individuais são inadequadas para questões de justiça.

Desde **Uma teoria de justiça** (2008), Rawls sempre distingue desejos e preferências das razões que fundamentam o julgamento e a atuação política dos indivíduos em suas relações com as instituições em exercício de suas liberdades,

¹⁰⁸ Tradução minha, texto original: “In a pluralistic democracy such disagreements are not only legitimate but also necessary. They provide the stuff of democratic politics”. (MOUFFE, 2009, p.31)

sendo que tais razões são limitadas pelos princípios da justiça. Como no princípio das liberdades políticas está contido o princípio das liberdades iguais (que, portanto, pressupõe a existência do e o respeito ao outro), a existência de determinadas restrições e limitações não podem ser lidas como ausência de debate e de conflito.

“A justiça como equidade começa com a ideia de que, quando há necessidade de princípios comuns e estes trazem vantagem para todos, eles devem ser formulados do ponto de vista de uma posição inicial de igualdade, adequadamente definida, na qual cada pessoa é representada de maneira equitativa. O princípio da participação transfere essa ideia da posição original para a constituição (...) presumo ser possível organizar uma democracia constitucional de modo a atender ao princípio da participação.” (RAWLS, 2008, p.273)

Dessa forma, o princípio da participação igual é o princípio da liberdade igual quando aplicado ao procedimento político de acordo com a constituição. No âmbito do indivíduo, a participação não deve satisfazer os seus desejos de poder e preferências, mas, sim, garantir ao indivíduo que tenha voz igual à dos outros na definição de como devem se ordenar as condições sociais fundamentais.

“A vontade pública de consultar e levar em conta as convicções e os interesses de todos estabelece as bases da amizade cívica e modela o ethos da cultura política.” (RAWLS, 2008, p.289)

A respeito da participação igual, Rawls (2008, p.277) faz algumas observações que quero reter aqui. A primeira é a de que a constituição que deve tomar providências para reforçar *o valor dos direitos iguais de participação para todos os membros da sociedade e deve garantir uma oportunidade equitativa de participação e de influência no processo político.*

A segunda é que, para Rawls, o princípio da liberdade igual também inclui a oposição política leal e os choques das convicções políticas, bem como os interesses e

atitudes contidos nelas, oposição que deve ser garantida pela constituição. Sem isso, a política da democracia torna-se inviável. Pois, “*a falta de unanimidade faz parte das circunstâncias da justiça, uma vez que fatalmente existe discordância, mesmo entre pessoas conscienciosas que desejam seguir aproximadamente os mesmos princípios políticos*”. (RAWLS, 2008, p. 275)

Ainda antes de nos debruçarmos sobre a noção de razão pública e sobre o consenso sobreposto, alvos diretos da crítica de Mouffe, cabe mais uma observação a respeito do que Rawls significa em **Uma teoria da justiça** (2008) por uma sociedade estável. Em suas palavras,

“A estabilidade da concepção de justiça não implica que as instituições e práticas da sociedade bem ordenada não se alterem. Na verdade, presume-se que tal sociedade conterà grande diversidade e adotará ordenações diferentes de tempos em tempos. Nesse contexto, estabilidade significa que, sempre que as instituições se modificam, ainda permanecem justas, ou aproximadamente justas, pois são feitos ajustes em razão de novas circunstâncias sociais. Os desvios inevitáveis da justiça são efetivamente corrigidos ou mantidos dentro de limites toleráveis pelas forças internas do sistema.” (RAWLS, 2008, p.565)

Como assinala J. Cohen ao confrontar a noção procedimentalista de democracia com a noção substantiva de justiça sustentada por Rawls, o fato de os princípios de justiça, substantivos, já estarem dados não significa que a democracia e a autonomia política estejam subordinadas a estes, embora haja, de fato, em **Uma teoria de justiça** (2008), uma limitação da concepção de democracia, já que Rawls dedica pouca atenção ao dissenso.

“Mas, ao reconhecermos que a falta de consenso sobre a justiça é uma característica permanente das sociedades democráticas, será então preciso delinear claramente a distinção entre política, mesmo em uma democracia moderna idealizada e, o argumento moral idealizado sobre o qual Rawls se apoia em **Uma teoria de justiça**.”. (COHEN, 2006,

p.88)¹⁰⁹

Em uma democracia constitucional, precisamos olhar em duas direções: para a justiça do processo político, definida pelos direitos e liberdades do primeiro princípio da justiça, e para a justiça dos resultados alcançados, através dos componentes do segundo princípio.

Cohen (2006) nos sugere, pensando com Rawls, supor que as instituições de uma democracia constitucional sejam justas e que elas já existem. Sua existência e reprodução dependem apenas de nós e – mesmo que o façamos obedecendo aos seus requerimentos e normas e sustentando sua reprodução ao longo do tempo porque acreditamos que estas sejam justas – seremos politicamente autônomos, pois damos suporte às instituições a partir de nossa própria moralidade política.

Por outro lado, se fizermos o mesmo exercício a partir do ponto de vista da democracia procedimental, notaremos que as instituições também já estão lá, sendo elas são anteriores a nós cidadãos que, portanto, não as escolhemos mas as preservamos por boas razões. Temos aqui a mesma situação, de modo que o autor conclui seu raciocínio apontando que,

“Se há um limite para a autonomia política (e não estou certo do porque o há), este se aplica com igual força para ambas as noções: a concepção substantiva de justiça e a de democracia procedimental. Se há um limite, este advém das circunstâncias e não do conteúdo de uma noção de justiça - e também não, em particular, por esta ser uma concepção substantiva de justiça.” (COHEN, 2006, p.125)¹¹⁰

¹⁰⁹ Tradução minha, texto original: “But once we acknowledge that disagreement about justice is a permanent feature of democratic societies, then we need to draw a crisper distinction between politics even in an idealized modern democracy and the idealized moral argument that Rawls relies on in *Theory of Justice*.” (COHEN, 2006, p.88)

¹¹⁰ Tradução minha, texto original: “So if there is a limit on political autonomy (and I am not sure why there is), it applies with equal force for both views: the substantive view of justice and the democratic proceduralist conception. If there is a limit, it comes from circumstances and not from the content of the view of justice – not, in particular, from its being a substantive conception of justice.” (COHEN, 2006, p.125)

Por fim, J. Cohen (2006) argumenta que a objeção de que a justiça como equidade reduziria o processo político de tomada de decisão é enganosa, pois, para o autor, a existência e validade de princípios de justiça não elimina o dissenso ou a necessidade de debate ou julgamento político. Mesmo que todos os cidadãos defendam e assumam os mesmos princípios de justiça, surgirão conflitos no que se refere à aplicação desses princípios e seus requerimentos para a sociedade, da mesma forma que muitas questões políticas não colocam questões de justiça tal como entendidas pela *justiça como equidade*.

“A existência de princípios de justiça disponíveis para servirem de guia aos julgamentos não elimina a necessidade de julgamento, nem, portanto, os conflitos dele oriundos quando há (e normalmente há) diferenças de julgamento político dentre as pessoas que assumem os mesmos princípios fundamentais... Ao contrário, isso evidencia como os princípios políticos sempre operam: eles fornecem um terreno comum para a razão, o que torna possível a partes que se respeitam mutuamente explorar seus desacordos. Nem a indeterminação aparente, nem a real implicam em niilismo.” (COHEN, 2006, p. 128)¹¹¹

Ainda assim, resta-nos mais uma questão associada à democracia política quando pensamos em uma sociedade bem ordenada tal como nos propõe Rawls, qual seja, a de que a unanimidade em torno dos princípios de justiça garantiria a estabilidade dessa sociedade.

Chegamos, nesse ponto, às noções de razão pública e consenso sobreposto. É preciso lê-las e analisá-las sempre considerando que estas foram elaboradas por Rawls

¹¹¹ Tradução minha, texto original: “The availability of principles to guide judgment does not eliminate the need for judgment and therefore does not eliminate the disagreements that result when there are (as there often are) conscientious differences of political judgment among people who embrace the same fundamental principles... Instead it shows how political principles always operate: they provide a shared, public terrain of reasoning, that enables mutually respecting parties explore their disagreements. Neither apparent nor actual indeterminacies imply nihilism. (COHEN, 2006, p.128)

justamente na tentativa de responder às críticas feitas à noção de estabilidade em sua teoria e que tais críticas são oriundas de perspectivas teóricas muito variadas entre si.

Rawls, em **Political liberalism** (2005), esmera-se em demonstrar que sua teoria da justiça é uma concepção política da justiça, e não uma concepção abrangente e metafísica. O autor assume que a maneira como a Teoria foi apresentada de fato abre margem para interpretações equivocadas, pois, em **Uma teoria de justiça** (2008), o contratualismo é visto como parte de uma filosofia moral, e nenhuma distinção é feita entre moral e filosofia política: “Em **Teoria**, uma doutrina da justiça moral e geral em escopo não é distinguida de uma concepção de justiça estrita.” (RAWLS, 2005, p. xv)¹¹²

Entretanto, ser uma concepção política não significa ser vazia de, distinta de ou oposta a uma concepção moral, mas, sim, que se trata de uma concepção moral elaborada para um objeto específico: a estrutura básica da sociedade. É o foco no objeto do qual a concepção se ocupa e, ao mesmo tempo, a pretensão de ser o foco do acordo social que fazem com que essa concepção tenha dois traços definidores: um é o de ser capaz de manter-se por si só (independentemente das demais doutrinas abrangentes, como as religiosas), e o outro é o de que seu conteúdo deve ser inteligível a todos os cidadãos, ou seja, deve estar baseado em ideias da cultura política de uma sociedade democrática. (GARGARELLA, 2008, p.230, 231)

O problema central enfrentado por Rawls em **Political liberalism** (2005) é que o pluralismo democrático implica não somente a existência de diferentes doutrinas abrangentes do bem como também o fato de que essas, apesar de razoáveis, são também incompatíveis, o que torna, segundo Rawls, a noção de sociedade estável, tal **Uma teoria de justiça** (2008), irreal. Por isso,

“O liberalismo político assume que, para propósitos políticos, a pluralidade de doutrinas abrangentes do bem razoáveis, mesmo que incompatíveis, é resultado do exercício da razão humana quando

¹¹² Tradução minha, texto original: “In *Theory* a moral doctrine of justice general scope is not distinguished from a strictly political conception of justice.” (RAWLS, 2005, p. xv)

exercida no âmbito de instituições livres de um regime democrático constitucional. O liberalismo político também supõe que doutrinas abrangentes razoáveis não rejeitam a essência de um regime democrático. Obviamente, as sociedades podem conter doutrinas abrangentes desarrazoadas, irracionais e até mesmo insensatas ou insanas. Nesses casos, o problema é contê-las de maneira que não minem a unidade e a justiça da sociedade.” (RAWLS, 2005, p.xvii)¹¹³

Rawls busca a saída para o problema da estabilidade, que é, em última instância, uma questão de legitimidade (FORST, 2010) no domínio do político governado pelos princípios que formam o consenso sobreposto, definido como um consenso moral entre doutrinas abrangentes. Trata-se, na razão pública, de um conceito que corresponde à ideia de justificação pública, pois ela é voltada para cidadãos e se refere: (1) aos elementos essenciais da constituição, à estrutura das instituições políticas e a questões de direitos fundamentais e (2) a questões básicas de justiça e a problemas essenciais da justiça distributiva.

“A questão central do ideal de razão pública é a de que os cidadãos conduzirão suas discussões fundamentais com base em uma argumentação cuja estrutura seja reconhecida por cada um como a de uma concepção política da justiça baseada em valores tais que os outros possam vir a endossar e que cada um esteja preparado para defender essa concepção assim entendida. Isso significa que cada um de nós precisa ter e ser capaz de explicar um critério sobre quais princípios e parâmetros consideramos que os outros cidadãos (que também são livres e iguais) podem razoavelmente vir a endossar conosco.” (RAWLS, 2005, p.226)¹¹⁴

¹¹³ Tradução minha, texto original: “Political liberalism assumes that, for political purposes, a plurality of reasonable yet incompatible comprehensive doctrines is the normal result of the exercise of human reason within the framework of the free institutions of a constitutional democratic regime. Political liberalism also supposes that a reasonable comprehensive doctrine does not reject the essentials of a democratic regime. Of course, a society may also contain unreasonable and irrational, and even mad, comprehensive doctrines. In their case the problem is to contain them so that they do not undermine the unity and justice of society.” (RAWLS, 2005, p. xvii)

¹¹⁴ Tradução minha, texto original: “The point of the ideal of public reason is that citizens are to conduct their fundamental discussions within the framework of what each regards as a political conception of justice based on values that the others can reasonably be expected to endorse and understood. This means that each of us must have, and be ready to explain, a criterion of what principles and guidelines we think other citizens (who are also

Como coloca Forst (2010), ao afirmar que diferentes doutrinas incorporam a concepção da justiça e que também a consideram como sendo parte de sua própria concepção do bem, Rawls aplica o princípio da tolerância à própria filosofia, pois a justiça como equidade não coloca em questão a verdade das doutrinas éticas.

A simples existência de tais critérios já impõe limites para a discussão pública, mas isso não significa que outras razões e opiniões simplesmente não caibam na argumentação pública, pois é inevitável e desejável que os cidadãos tenham opiniões distintas, “já que a cultura política inexoravelmente conterà diferentes ideias, fundamentais, que podem ser desenvolvidas de diferentes formas”. (RAWLS, 2005, p. 227)¹¹⁵

O consenso sobreposto é alcançado de modo gradual: passa-se do *modus vivendi* para o consenso constitucional e, por fim, para o consenso sobreposto. No *modus vivendi*, os princípios da justiça são incorporados apenas para evitar enfrentamentos civis que podem ser destrutivos. Num segundo momento, esses princípios são incorporados a constituição e ratificados, mas não há um acordo moralmente forte em torno destes, pois “não se baseia em certas ideias sobre a sociedade e as pessoas, nem implica ter alcançado uma concepção pública compartilhada”. (GARGARELLA, 2008, p.234)

A constituição está muito mais voltada para o estabelecimento de procedimentos, tais como as eleições, e para a garantia de direitos e deveres básicos. Entretanto, para Rawls, com o tempo, a tendência é a de os cidadãos vejam-se forçados a transcender suas próprias concepções abrangentes para defender e justificar seu discurso no foro público, pois precisam do apoio da maioria, o que os obriga a fundamentar seus argumentos em ideias e critérios que sejam válidos para os demais. Nesse movimento, a constituição passa a ser percebida como limitada e incapaz de garantir liberdades

free and equal) may reasonably be expected to endorse along with us.” (RAWLS, 2005, p.226)

¹¹⁵ Tradução minha, texto original: “(...) for the public political culture is bound to contain different fundamental ideas that can be developed in different ways.” (RAWLS, 2005, p.227)

para além da liberdade de pensamento e de garantir direitos que satisfaçam as necessidades básicas (educação e saúde, por exemplo) e fundamentais para a participação na vida social e política. Assim, como bem coloca Gargarella (2010),

A limitação dos direitos, liberdades e procedimentos existentes tende, então, a levar as partes a modificar a constituição, ou a determinar a legislação, de modo que essas conquistas se expandam até cobrir as questões constitucionais e temas básicos de justiça ainda não atendidos. Para conseguir esse objetivo, então, os diferentes grupos precisam convencer aqueles que não pensam como eles e, portanto, se vêem obrigados a desenvolver uma concepção política não só mais profunda, com também mais ampla, que faça referência a estrutura básica da sociedade. O consenso a que se chega, por fim, é notavelmente mais amplo e profundo que os acordos iniciais dos quais partia: contamos, agora, com um “consenso sobreposto”. (GARGARELLA, 2010, p.235)

Todo esse processo em Rawls só é possível dada sua concepção de pessoa, que apresentei no primeiro capítulo deste trabalho, considerando que essa construção depende da capacidade dos cidadãos de formarem uma concepção do bem e de aceitarem as concepções da justiça como equidade.

A leitura do argumento rawlsiano não pode abandonar a perspectiva do construtivismo político, de que as concepções de justiça são construídas em relação à estrutura básica da sociedade. Por isso a ênfase nestas, já que os princípios da justiça aplicam-se às instituições e aos indivíduos enquanto cidadãos. Com uma concepção política concentrada na cidadania igual, Rawls busca critérios que justifiquem seus princípios de justiça fora das fronteiras das concepções abrangentes do bem.

Por essa razão, como vimos anteriormente, sua teoria dos bens básicos – por exemplo – “não pode ser vista mais do que como uma tese formal dos bens necessários”. (FORST, 2010, p.177) As questões daí advindas, tais como sua distribuição e como quais bens devem ser distribuídos e de que maneira, são pertinentes à realidade de cada sociedade. As maneiras como concebê-la “de modo a

fazer jus ao princípio da diferença são *questões sobre a aplicação concreta em discursos políticos*". (FORST, 2010, p.177 [grifos meus])

Os princípios da justiça e o consenso em torno destes não impedem o debate e o conflito que surgirão em outras instâncias ou, como coloca Forst (2010), em outros contextos. Esse processo fica mais claro na sequência de quatro estágios em que Rawls indica como se daria a aplicação dos princípios da justiça¹¹⁶.

Diferentemente, os fundamentos dos princípios da justiça servem de justificação da prática dos cidadãos cujas necessidades são "justificadas 'politicamente' num contexto de justificação recíproca – conforme um princípio político-discursivo de justificação normativa com o objetivo de realizar a cidadania igual, que vale como padrão qualitativo". (FORST, 2010, 178)

Ademais, a heterogeneidade das necessidades, das capacidades, dos bens básicos e a de sua dependência a diferentes contextos indica, por si, a dificuldade de fundamentar pretensões morais de reconhecimento recíproco no mesmo plano que o de um princípio de justiça social que tem pressupostos de implicações substantivas, princípios que só podem ser justificados em circunstâncias sociais concretas.

“Os bens básicos são ‘sociais’ em graus diferentes: liberdades básicas não são bens concretos produzidos em comum, mas formam o cerne de direitos subjetivos reconhecidos moralmente; bens materiais são concretos, produzidos socialmente, a serem distribuídos em vista de circunstâncias concretas. A prioridade do primeiro princípio em relação ao segundo (e a distinção entre ‘elementos constitucionais fundamentais’ e ‘questões básicas da justiça’) reflete esse status diferenciado de princípios morais e princípios sociais da justiça. A distribuição de bens sociais é justificada com base nas reivindicações fundamentais por direitos iguais e seu ‘valor’ – é realizada no discurso político, e refere-se às pretensões colocadas pelos cidadãos *como tais para* os cidadãos de

¹¹⁶ Discussão que apresentei no primeiro capítulo desta tese. Apenas relembro aqui que os direitos e liberdades iguais do primeiro princípio são implementados no estágio constitucional, enquanto o segundo princípio, da igualdade equitativa de oportunidades e do princípio de diferença são implementados nos estágios legislativo e de aplicação das normas.

uma comunidade política.” (FORST, 2010, 179)

O procedimentalismo Rawlsiano, dessa forma, fornece não somente fundamentos para esse procedimento de justificação universal como também argumentos substantivos para os direitos sociais, necessários tanto para o valor igual dos direitos de liberdade como para o de participação política. Mais uma vez citando Forst (2010), a teoria de Rawls se funda em princípios universais de justificação e em princípios que têm implicações substantivas nos contextos políticos.

“Com isso, o princípio fundamental da cidadania igual é simultaneamente formal e material: formal em relação à participação em discursos políticos sobre a distribuição justa de bens, material em relação às condições para a realização dessa participação e da participação na vida social em geral.” (FORST, 2010, p.181)

Neste ponto, já podemos retomar a crítica de Chantal Mouffe e a relação entre a justiça como equidade e a noção de projetos políticos. É importante observarmos primeiramente que a crítica de Mouffe concentra-se na leitura de **Political liberalism** (2005), sem levar em consideração o todo da argumentação de Rawls. Mesmo que a noção de consenso sobreposto e de razão pública não sejam a saída ideal para a legitimidade e justificação da política democrática, nelas, Rawls também assume a existência do conflito e da heterogeneidade de concepções que surgirão durante o exercício da cidadania.

Aqui, também é fundamental não abandonarmos o que Rawls coloca claramente em **Uma teoria de justiça** (2008): o escopo de sua teoria, pois trata-se de um arranjo ideal, um padrão para julgar instituições reais. Se temos princípios de justiça sustentados pela sociedade e ratificados pela constituição, então se espera que os direitos e obrigações civis, que as instituições e a que argumentação pública estejam organizadas de maneira coerente a esses princípios.

Rawls propõe a noção de razão pública na tentativa de garantir que os princípios

da justiça como equidade, que são princípios políticos, sejam sempre mantidos apesar da heterogeneidade e do conflito de discursos e de concepções de mundo fundantes de uma sociedade democrática, razão essa que justifica a argumentação política. Mas, novamente, estamos no âmbito de uma teoria que propõe um arranjo ideal. Em arranjos reais, não podemos afirmar nem garantir que a maioria dos cidadãos orientem suas ações políticas com base nos princípios de justiça constitucionalmente ratificados, mas estes também constituem um parâmetro normativo ideal que conduz a ação política e que é parte integrante do *ethos* da cultura política de cada sociedade.

Unir a argumentação acerca de princípios de justiça com a noção de projetos políticos auxilia-nos a realizar a passagem da dimensão da norma para a da prática política e sua aplicação. Estou adotando os princípios liberais-igualitários da justiça como equidade como um parâmetro de análise para sociedades democráticas e para a sociedade brasileira em específico, não só por considerar que sua aplicação garantiria resultados mais justos, como também porque a sociedade brasileira sustenta, tendo ratificado em sua constituição, princípios que também têm referências liberais-igualitárias.

O momento histórico da luta por outro paradigma de saúde para a política de saúde brasileira é o momento de uma luta pela (re)fundação de uma sociedade democrática, baseada, ao mesmo tempo, nos direitos liberais fundamentais e também na igualdade desses direitos, garantindo um status moral igual a cada indivíduo, todos cidadãos brasileiros.

Daí advém também a reorganização do Estado brasileiro e das políticas públicas. O movimento sanitário participa a um só tempo de ambos processos. Não se tratava de lutar apenas por uma política de saúde baseada em outros princípios ou crenças médicas e sanitárias, mas sim por uma política saúde para uma sociedade democrática e fundada na concepção da cidadania igual. Articulam-se, nesse momento, princípios de justiça com projetos políticos para a construção de uma sociedade justa.

Houve uma mudança na cultura política da sociedade brasileira na qual os

movimentos sociais cumpriram papel fundamental, construindo-se uma nova relação entre sociedade civil e Estado através de uma reinvenção da participação popular com a ocupação de espaços e cargos no Estado, estratégia também utilizada pelo movimento sanitário.

Tratando especificamente dos movimentos sociais, Evelina Dagnino (2000) chama atenção para a mudança cultural que marcou a luta desses movimentos, principalmente os movimentos negro, de mulheres e de homossexuais, com lutas que transcenderam o campo da política cultural. O problema residiu no reconhecimento de seu significado na reconfiguração da sociedade e nas redefinições do político,

“No entanto, o que raras vezes se reconhece é o fato de que os movimentos populares urbanos alcançaram essa mesma compreensão da imbricação entre cultura e política assim que perceberam que não tinham que lutar apenas por seus direitos sociais – moradia, saúde, educação etc. – mas pelo próprio direito a ter direitos. Como parte da ordenação social autoritária, hierárquica da sociedade brasileira, ser pobre significa não apenas privação econômica e material, mas também ser submetido a regras culturais que implicam uma completa falta de reconhecimento das pessoas pobres como sujeitos, como portadores de direitos.” (DAGNINO, 2000, p.82)

É a luta pelo reconhecimento como sujeito de direito que está imbuída de princípios de justiça distintos daqueles que fundamentavam a ordenação social autoritária até aquele momento. O debate sobre quais direitos sociais seriam reconhecidos como fundamentais e que deveriam, portanto, fazer parte do pacote que garantiria a igualdade e a liberdade é uma discussão posterior à definição dos princípios de justiça que orientam as instituições e a ação política do cidadão.

O SUS nasce de uma luta política marcada pela imbricação dessas duas instâncias, com a saúde sendo reconhecida como um bem social fundamental para a realização da cidadania.

8. 2 - Do Sanitarismo de Campanha ao Sistema Único de Saúde

Podemos identificar alguns marcos na história da Saúde Pública brasileira que contribuíram para a formação de um modelo: o primeiro é o período da Primeira República (1889 – 1930), quando a saúde foi objeto de um intenso debate e considerada um problema vital; o segundo tem início a partir de 1930, quando se consolida o modelo verticalizado e setorializado com a formação de uma burocracia pública fortemente profissionalizada. O período seguinte inicia-se em 1946, momento de democratização interrompido com o golpe militar de 1964. (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005)

Em seguida, há o período que sucedeu o golpe militar, cuja característica central foi o predomínio das instituições previdenciárias, com a hegemonia de uma burocracia técnica, que atuava em prol da mercantilização da saúde.

O movimento pela reforma sanitária, que suscitou o modelo que temos hoje, tem suas origens nos anos 1960, quando se começou a questionar a lógica da medicalização em favor da valorização da medicina tradicional.

O sistema de saúde brasileiro, até 1965, foi marcado pelo “sanitarismo campanhista”, modelo que se preocupava com uma política de saneamento voltada para o espaço de circulação de mercadorias e para o controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação. Fundamentada na teoria dos germes, modelo explicativo monocausal, tentou-se resolver os problemas de saúde com a interposição de barreiras que quebrem a relação agente/hospedeiro. Caracterizou-se pela: “(...) forte concentração de decisões e com estilo repressivo de intervenções nos corpos individual e social.” (MENDES, 1999, p. 59)

Com a industrialização, o foco passou a ser atuar sobre o corpo do trabalhador, *mantendo e restaurando sua capacidade produtiva*. Cresceu então a atenção médica da Previdência Social, cuja principal característica foi sua lógica centralista com uma burocracia técnica que trabalhou visando à crescente mercantilização da saúde. A

consolidação do modelo médico assistencial privatista deu-se através da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, resultante da unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). O INPS não somente concentrou todas as contribuições previdenciárias como passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, excluindo dos benefícios os trabalhadores rurais e urbanos informais.

“A saúde pública, relegada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos – que não chegavam a 2% do PIB – colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população.” (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p.61)

Como vimos anteriormente, nos anos 1970, o sistema de saúde vivenciou a maior expansão em números de leitos e serviços oferecidos dispondo do maior orçamento até então. Entretanto, esses serviços eram prestados por empresas privadas, que recebiam repasses de verbas públicas. Inúmeras clínicas e hospitais privados foram construídos com verba pública, financiados a fundo perdido pelo INPS, movimento que foi acompanhado pela expansão das faculdades particulares de medicina por todo o país e pela consolidação do modelo assistencial curativo. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005)

Em 1975, a Lei 6229 institucionalizou o modelo, separando as ações de saúde pública das de atenção à saúde da pessoa e, em 1977, criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social, o INAMPS.

Esse modelo era composto de três subsistemas: o estatal, que exercitava medicina simplificada destinada ao atendimento das populações “não integradas economicamente”; o subsistema privado, hegemônico, conveniado com a Previdência Social, voltado para o atendimento dos beneficiários da instituição; e o de atenção médica supletiva – o dos convênios – voltados para a mão obra mais qualificada das

grandes empresas, que começou a se implantar nos anos 1970.

No início dos anos 1980, o modelo previdenciário já apresentava claros sinais de esgotamento. Desde a década anterior, já se discutia uma mudança/reforma do sistema, acompanhando a discussão internacional.

O movimento pela Reforma Sanitária, que ganha força a partir dos anos 1970, vem questionando esse modelo de saúde até então baseado: em ações verticalizadas; na centralização no Governo Federal; na importância do setor privado na área de assistência médico-hospitalar e na lógica da setorialização, ou seja, na histórica separação entre saúde pública e assistência médica previdenciária. É importante frisar que as origens dessas características encontram-se muito mais manifestas no período compreendido pela Primeira República e pelo Governo Vargas (1930 – 1945) do que no período militar, este sim responsável pela forte expansão da medicina privada. (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005)

O movimento Sanitário tem suas bases nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs). Esses departamentos foram responsáveis pela produção de conhecimento sobre a saúde da população e pela organização das práticas sanitárias. No Brasil, os primeiros DMPs foram criados durante os anos 1950, na Faculdade Paulista de Medicina e na de Ribeirão Preto. Tratava-se de um novo campo da medicina que, com uma abordagem médico-social, baseada nas ideias de Juan César García, principal articulador da medicina social na América Latina, contribuiu para a delimitação teórica do campo da saúde coletiva, em que o estudo do processo saúde-doença passa a ter como foco a coletividade e a distribuição demográfica da saúde e da doença. (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005)

É no fim dos anos 1960 que se desenvolvem na América Latina programas de medicina comunitária que propunham a desmedicalização da sociedade, com atuação voltada para o auto-cuidado, atenção primária feita por não-profissionais e valorização da medicina tradicional, debate que se posicionava contra a elitização da medicina e reclamava o acesso a serviços médicos pela população como um todo. Tal debate

alcançou seu auge em 1978, na Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão), momento no qual “se reafirmou ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem, sob responsabilidade política dos governos, e se reconhece a sua determinação intersectorial”. (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p.64)

Foram os DMPs o *locus* do movimento pela reforma sanitária no Brasil, mas foi o II Plano Nacional de Desenvolvimento do Governo Geisel que abriu espaço decisivo para a consolidação e para o desenvolvimento do movimento pela reforma sanitária. O Plano apontava a saúde como uma das prioridades na área social. Para melhoria da área, o governo criou espaços, que, por falta de quadros, foram ocupados por pessoas do movimento sanitário, abrindo-lhes importante brecha.

Menicucci (2007) ressalta que a liderança intelectual e política da reforma de saúde é atribuída ao Movimento Sanitário. Com origem nos DMPs – portanto, acadêmica, o movimento foi, ao longo dos anos 1970 e 80, articulando-se com outros segmentos sociais e governamentais. Dentre os segmentos profissionais e acadêmicos, estavam os médicos; dentre os sociais, podemos ressaltar o movimento popular em saúde, cuja luta se fortaleceu com a transição democrática. No governo, esse movimento contou com o apoio de diferentes segmentos da burocracia, em especial nos anos 1980, com o Movimento Municipalista em Saúde, formado por secretários e técnicos municipais de saúde.

Os DMPs tinham uma abordagem histórico-estrutural marxista a respeito da saúde da população. Crítico do positivismo, em confronto com o movimento preventivista liberal norte americano e sua versão racionalizadora, o movimento tinha como propósito alterar a correlação de forças na sociedade através da consciência sanitária: seu horizonte era o socialismo. Tratava-se de uma transformação muito mais profunda, que abarcava, além da saúde, o Estado e a Sociedade. Na construção desse ideal, as Ciências Sociais também cumpriram importante papel,

“Com a incorporação das Ciências Sociais ao estudo da saúde, constituiu-se o pensamento médico-social, que ao levar em conta o caráter político da área de saúde, deslocou o seu objeto do indivíduo para a sociedade, considerada como determinante das condições de saúde, e delimitou um novo campo de estudo, denominado de ‘saúde coletiva’”. (MENICUCCI, 2007, p.170)

Quanto aos atores que faziam parte do movimento sanitário, Gerschman (2004, p.53) destaca que várias lideranças políticas que foram parte do movimento eram provenientes do Partido Comunista Brasileiro, o que também explica o caráter democrático e o posicionamento contra o governo militar do movimento.

Nas universidades, constituíram-se, a partir dos DPMs, ao menos três correntes do pensamento sanitário: o liberal, o racionalizador e o médico social. O racionalizador reorientou o sistema oficial de atenção à saúde, com projetos desenvolvidos em parcerias entre universidades e secretarias de saúde. “Os projetos experimentais, nascidos nas universidades, constituíram a base para a intervenção posterior do pensamento médico social a partir dos anos 1974 e 1975.” (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p.65)

Um organismo que assumiu relevante papel no movimento foi o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), criado em julho de 1976, a partir de uma proposta de um grupo de médicos do curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Sua revista *Saúde em Debate* foi veículo de divulgação de sua plataforma de lutas, bem como um canal de debates do movimento sanitário.

Outra organização relevante foi a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde (Abrasco), criada em 1979, que deu ênfase à residência em medicina preventiva e social.

Também em 1979, o núcleo Cebes de Brasília assessorou os parlamentares da Comissão de Saúde que realizou o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, simpósio que foi um marco para o movimento pela Reforma Sanitária e que teve como resultado um documento que lançou simbolicamente o Sistema Único de Saúde ao

propor

“(...) saúde como direito de todos e dever do Estado; detenção do empresariamento da medicina, considerando os atos médicos como um bem social gratuito; unificação do sistema de saúde, cabendo ao Estado a administração do sistema; participação popular na política de saúde; mecanismos eficazes de financiamento; descentralização; e fim dos convênios com pagamento por unidade de serviços.” (MENICUCCI, 2007, p.173)

O governo Figueiredo trouxe ao movimento a esperança e, ao mesmo tempo, a frustração, pois, apesar de parecer mais promissor para a área, não unificou os Ministérios da Previdência e da Saúde, unificação que era vista pelo movimento como uma possibilidade para o aprofundamento das reformas pretendidas.

Por outro lado, pressões do setor sobre o governo resultaram na criação de mecanismos de coordenação interministerial. O primeiro projeto elaborado para o reordenamento do setor foi o Prev-Saúde, que teve sua primeira versão em julho de 1980. Mas, por ter incorporado o ideário do movimento sanitário e pelas pressões que sofreu por parte dos grupos de interesses privatistas, o projeto nunca saiu do papel.

Com o agravamento da crise no setor previdenciário e com o movimento pela reforma do sistema de saúde tornando-se cada vez mais forte, em 1981, criou-se o “pacote da previdência” e o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária - Conasp. Este tinha como função diminuir os gastos com a previdência e promover sua racionalização.

O conselho era constituído basicamente por quatro tendências:

“A primeira tendência, 'conservadora privatista', defendia a manutenção do modelo assistencial, com a ampliação de seus recursos operacionais e a melhoria da fiscalização dos gastos do INAMPS. (...) A segunda tendência, 'modernizante privatista', defendia a ideia de que o sistema nacional de saúde fosse reorganizado com base nas Health Maintenance Organizations, que corresponderia no Brasil à medicina de

grupo. (...) A terceira tendência de 'perspectiva estatizante', defendia a ideia de que caberia ao Estado a execução dos serviços e ações de saúde. (...) A última tendência, majoritária, defensora do pensamento liberal, pretendia reforçar o setor público, exercer maior controle sobre o setor privado, tornar a máquina mais eficiente tecnicamente, não intervir nas ações e nos serviços propriamente privados e combater todo o mercantilismo.” (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005, p.74)

Com o agravamento da crise financeira da previdência, aprovou-se, em agosto de 1982, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, o Plano Conasp. Buscou-se, com o plano, a otimização da relação com os serviços ambulatoriais privados, criando-se o Programa de Ações Integradas da Saúde - AIS, que buscava maior articulação entre as redes federal, estadual e municipal.

As AIS significaram avanços na rede básica ambulatorial, na contratação de recursos humanos, na articulação com os serviços públicos municipais, na revisão do papel dos serviços privados e na participação da população na gestão dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, o INAMPS praticava uma política de favorecimento à iniciativa privada.

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional da Saúde, o evento mais importante do período. Foi marcado pelo número de participantes e por sua dinâmica, pois foi organizado em conferências municipais, estaduais e nacional. Dele resultou um relatório que serviu de subsídio para dois processos: um, no Executivo, foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e o outro, no Congresso Nacional, foi a elaboração da nova Constituição.

Questão central da Conferência foi a natureza do novo sistema de saúde, se seria estatal ou não e como ocorreria sua implantação. Decidiu-se pelo fortalecimento e expansão do setor público, assim como pela separação do sistema de saúde da previdência social.

Foi na Conferência que se aprovou a criação de um sistema único de saúde, com um novo arcabouço institucional e com separação da previdência.

Segundo Gershman (2004, p.55), foi o projeto da Reforma Sanitária aprovado na Conferência que definiu um conceito de saúde ampliada, relacionando a saúde com as condições de vida (moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação, lazer) – relação que fundamenta a noção de Determinantes Sociais da Saúde, e que, por tal, define a saúde como um direito do cidadão e conseqüente dever do Estado. A autora aponta que, para que este ideal de saúde fosse concretizado, a proposta encaminhou os seguintes pontos:

- “criação de um sistema único de saúde com notável predomínio do setor público;
- descentralização do sistema e hierarquização das unidades de atenção à saúde;
- participação e controle da população na reorganização dos serviços;
- readequação financeira do setor.” (GERSHMAN, 2004, 55)

Enquanto se aprofundava a discussão sobre o SUS, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o SUDS, que foi norteado pelo princípio de que os recursos federais deveriam realmente garantir o acesso à atenção à saúde para toda a população e impedir que os recursos da área não fossem apropriados para fins clientelistas, eleitorais ou de capitalização de empresas da área de saúde.

A Comissão Nacional de Reforma Sanitária elaborou a proposta que subsidiou o texto da Constituinte e o projeto de Lei do SUS. Não houve consenso sobre a proposta por parte dos grupos interessados na área, principalmente por parte dos representantes da iniciativa privada, que a consideravam radical. Tampouco houve consenso por parte dos sindicalistas, que a julgavam insuficiente, mas o movimento sanitário acabou por apoiá-la, por considerá-la de acordo com as recomendações da VIII Conferência.

Após a aprovação do texto Constitucional, ao longo de 1989, ocorreram as negociações em torno da Lei que daria as bases operacionais ao projeto. A Lei Orgânica da Saúde foi aprovada em 1990 pelo então presidente Fernando Collor, apresentando, porém, uma grande quantidade de vetos. (ESCOREL; NASCIMENTO;

EDLER, 2005)

Firmou-se então, com a Lei 8.080/90, um sistema plural de Saúde, composto por três subsistemas: o subsistema público (SUS), o de atenção médica supletiva e o de desembolso direto. O SUS é, portanto, um subsistema público, único, parte de um sistema plural. Compete a ele:

“(...)atender a grande maioria da população brasileira, em torno de 120 milhões de brasileiros, e que se compõe dos serviços estatais diariamente prestados por União, estados e municípios e dos privados que, de alguma forma, estão pactuados com o Estado, seja por convênios, seja por contratos, recebendo recursos estatais pela prestação de serviços. Assim, o SUS inclui serviços estatais e serviços privados pactuados com o Estado.” (MENDES, 1999, p.63)

Mendes (1999) ressalta que o Sistema – somado à extinção do INAMPS (de acordo com o autor, um modelo médico inviável, lócus privilegiado de relações incestuosas entre Estado e produtores privados, de intermediações clientelistas e de manifestações de interesses corporativos) – representa também uma reforma do aparelho do Estado, pois – se descentralizou, transferindo atribuições, pessoal, equipamentos e prédios da União para Estados e Municípios:

“Daí que o SUS transcenda, em muito, a si mesmo, uma vez que demarca as possibilidades e os caminhos de uma imprescindível reforma do aparelho do Estado brasileiro, porque explicita os papéis federativos, redistribui as competências, descentraliza os recursos, democratiza as decisões e procura romper com as clássicas relações de intermediação clientelistas ou corporativas que estão na medula de nosso Estado. (...) Algo muito distinto das inúmeras e inúteis reformas administrativas que se fazem no país.” (MENDES, 1999, p.66)

O SUS é também entendido como espaço de construção de cidadania, já que foi pensado considerando a universalidade do conceito, ou seja, “o direito a ter direitos”.

Apesar dos grandes avanços no que se refere ao atendimento e serviços públicos

de saúde propiciados pelo SUS, não é possível afirmar que a reforma do sistema, marcada pelo movimento em prol a reforma sanitária e pelo processo da constituinte, de fato significou uma mudança radical no paradigma da saúde.

Na prática, constituiu-se um sistema público voltado para o atendimento dos pobres, complementar e concomitante a uma expansão e fortalecimento do sistema privado, colaborando para manutenção da percepção da política de saúde enquanto uma política voltada para a cura e restabelecimento do funcionamento normal do organismo, perspectiva visivelmente predominante na atuação do setor complementar, por exemplo.

Apesar da configuração do movimento sanitário e da reforma proposta, os interesses do setor privado sempre se mantiveram em cena, com representantes atuantes e que tiveram força para garantir que, no momento da constituinte, seus interesses e propostas para o sistema não fossem preteridos. Ao contrário, conseguiram que, mesmo com a reordenação, o caráter de mercadoria dos serviços de saúde permanecesse presente na organização do sistema. É justamente no momento de implementação do SUS que o movimento e os atores engajados na formulação de uma nova política de saúde perdem a força. É então que as diferentes clivagens de projetos políticos presentes na elaboração da reforma da saúde tornaram-se evidentes através do embate entre propostas contrárias, até então diluídas no processo de construção da nova democracia brasileira.

O processo de elaboração da reforma da saúde foi marcado e, *grosso modo*, polarizado por um embate entre uma proposta privatista, que buscou assegurar os interesses do mercado e uma proposta publicista, que via a saúde como direito.

O SUS, como mostra Menicucci (2007), não rompeu com o antigo padrão de assistência à saúde. O grupo previamente estabelecido, cujos interesses já eram contemplados pelo modelo de política social gestado principalmente a partir dos anos 1960, conseguiu se impor no processo de formulação e negociação que culminou no SUS, garantindo que o modelo privatista e os interesses empresariais predominassem.

“Diversos incentivos fornecidos pelo modelo de assistência delineado pela política de saúde na década de 60 favoreceram, por exemplo, o desenvolvimento da assistência médica de caráter empresarial em detrimento da assistência pública, afetando, dessa forma, o desenvolvimento de diversos segmentos empresariais e propiciando o surgimento de instituições e organizações, como a medicina de grupo, as cooperativas médicas e os sistemas de autogestão vinculados a empresas empregadoras.” (MENICUCCI, 2007, p. 27)

Com o processo constituinte condicionado pelos desenhos das políticas de saúde preestabelecidas, o resultado é um sistema de saúde dúbio que, ao mesmo tempo em que estabeleceu a universalidade da saúde e apontou o Estado como responsável pela sua promoção, deu liberdade de atuação para o setor privado, instituindo duas faces: a do direito e a da mercadoria.

A face do direito deve-se ao momento histórico da redemocratização vivido pela sociedade brasileira, em que buscou-se desvincular os direitos sociais (portanto, não só a saúde) de seu caráter meritocrático e ligado à figura do trabalhador e lutou-se por uma reconfiguração do estado que garantisse uma heterogeneidade de propostas e projetos políticos.

No que tange à saúde, é relevante ressaltar que a assistência em saúde não só estava fortemente ligada ao ser trabalhador urbano como havia também uma distinção entre as formas e o tipo de assistência prestada, diferenciando também os trabalhadores entre si. Essa organização do sistema, mais tarde, também não favoreceu a criação de identidade entre os usuários do sistema e, portanto, a formação de um público-alvo que se reconhecesse como portador de um direito universal à saúde. Isso também explicaria o predomínio dos interesses dos setores empresariais na implementação do SUS.

“Em suma, o formato da política de saúde, ao dificultar a identificação dos trabalhadores organizados com uma assistência pública e

igualitária, traduziu-se na ausência de mobilização e suporte político efetivo a uma reforma publicista e universalista, (...) reforçando a perspectiva de que ao Sistema Único de Saúde (SUS) cabe a cobertura da população mais pobre e em condições desfavoráveis de inserção no mercado de trabalho.” (MENICUCCI, 2007, p.28)

Para Menicucci (2007, p.167), os efeitos de *feedback* na política incidiram sobre a desmobilização dos setores voltados para a efetivação da saúde enquanto direito, atores que seriam essenciais para a manutenção da política de saúde sob a égide do SUS, pois trata-se, nas palavras da autora, de uma “política de caráter redistributivo que demandaria a constituição de coalizões mais amplas e duradouras”.

Esse caráter redistributivo apontado pela autora contém um princípio de justiça que é diferente daquele contido nas propostas de caráter privatista. Há um princípio de justiça que é anterior e que orienta nossa cultura política, bem como a construção de concepções de mundo e de projetos políticos que se embatem no espaço público.

O projeto publicista, relacionado com o projeto de reconstrução democrático, e mais especificamente, com um projeto de democracia participativa, baseia-se em um princípio de justiça social liberal mas também igualitária, igualdade de status e de recursos, expresso na premissa da igualdade cidadã, na máxima defendida e perseguida pelos movimentos sociais, o direito a ter direitos e no entendimento da distribuição de bens sociais como um fator garantidor de equidade, portanto de justiça social.

O projeto privatista é, também, democrático, embora não participativo. É liberal, embora seja mais próximo da premissa da liberdade negativa, reconhecendo a igualdade de status político, mas não a intervenção do Estado para redistribuição de bens e, conseqüentemente, não compreendendo os direitos sociais como fundamentais do cidadão e como dever do Estado. Temos aqui outro princípio de justiça, no qual cada cidadão conquista seus bens de acordo com seu mérito através de sua participação no mercado, princípio de justiça muito mais próximo do libertarianismo de Robert Nozick e que se expressa no projeto político neoliberal.

O ponto nevrálgico que distingue as duas concepções de justiça presentes nesses dois projetos políticos que polarizaram a cena pública é a concepção de pessoa e, portanto, de cidadão em que cada um se apoia, sendo estas antagônicas entre si.

Neoliberalismo e democracia participativa coexistiram e disputaram espaço na reconfiguração do Estado durante e depois da Constituinte. Mesmo com a aprovação e presença de uma noção de cidadania ampliada no texto Constitucional – nossa Constituição Cidadã – os projetos neoliberais se concretizaram no Estado e na Sociedade Civil, inclusive fazendo uso do vocabulário igualitário para legitimar-se perante aos princípios constitucionais dos quais sua prática diverge¹¹⁷.

Tivemos como resultado uma Lei *sui generis*, com convicções que correspondem a princípios de justiça com viés mais igualitário – e, quiçá, comunitários, mas que se contradiz ao colocar direito e mercadoria de mãos dadas. Ao fazê-lo, a Lei abriu as portas para uma prática pautada, sim, em princípios de justiça liberais, mas muito mais próximos do utilitarismo e do libertarianismo do que de uma concepção liberal-igualitária.

8. 3 - Universalidade, Igualdade, Integralidade e Gratuidade

Foco-me, agora, nos princípios fundantes do SUS. São eles: a *universalidade*, expressa na noção de que a saúde é um direito de todos; a *igualdade*, que determina que todos terão igual acesso aos serviços; a *integralidade*, que nos coloca a ideia de que todos os serviços do sistema de saúde brasileiro devem ser integralmente garantidos a todos os cidadãos do país e, por fim, a *gratuidade* que determina que

¹¹⁷ Remeto aqui à noção de Confluência Perversa de Dagnino (2006). A autora chama a atenção para a forma como os projetos democratizantes e neoliberais, apesar de distintos e antagônicos, utilizaram-se de um discurso comum, que tem como base as mesmas referências: a construção da cidadania, a participação e a própria ideia de sociedade civil. A utilização dessa linguagem comum dilui matizes e reduz o antagonismo. “Nessa disputa, em que os deslizamentos semânticos, os deslocamentos de sentido, são as armas principais, o terreno da prática política se converte em um terreno minado, onde qualquer passo em falso nos leva ao campo adversário. Daí a perversidade do dilema que ela coloca, instaurando uma tensão que atravessa hoje a dinâmica do avanço democrático.” (DAGNINO, 2006, p.17)

esses serviços devem ser promovidos de forma gratuita pelo Estado, por tratarem-se de um direito.

Vou tratá-los aqui em duas chaves de análise: *universalidade-gratuidade* e *integralidade-igualdade*. Os quatro princípios são complementares entre si, mas a sua organização nas duas chaves de análise que proponho aqui atende a uma relação cíclica que esses pares apresentam. A gratuidade dos serviços é fundamental para garantir a universalidade do acesso. Já a noção de igualdade justifica a busca pela integralidade do acesso aos serviços prestados. Todos os quatro contém em si uma noção de equidade/justiça social.

Outros dois princípios presentes na Legislação que regulamenta a política de saúde brasileira que considero importantes por também estarem imbuídos de um ideal de equidade são a descentralização da gestão e a participação popular no processo de tomada de decisão da política. Ambas as noções são reivindicações que surgem com o processo de redemocratização e carregam consigo a busca por políticas públicas mais próximas das demandas e reclamos dos cidadãos, além de se posicionarem contra uma lógica de gestão centralizada e hierarquizada, marca de um Estado autoritário como o vivenciado durante o governo ditatorial militar.

Por essas características, dedicarei ao final deste capítulo um item para a sua discussão.

A legislação brasileira em saúde é extensa e complexa. Para os objetivos deste capítulo, focarei-me no texto Constitucional e na Lei Orgânica da Saúde, a 8.080/1990, e em algumas regulamentações posteriores via decretos, lei complementares e Normas Operacionais Básicas (NOBs). Início essa incursão jogando luz sobre outros artigos constitucionais¹¹⁸ que se relacionam com os direitos sociais e que definem o cidadão portador de tais direitos.

Embora já seja de amplo conhecimento, proponho, apenas para construção do

¹¹⁸ Ressalto que farei essa leitura sempre focando-me nos princípios e noções afeitos ao nosso objeto, o que me levará a ignorar, para efeitos da análise, outros importantes princípios que não são foco do esforço aqui empreendido, assim evitando fugir do tema.

argumento, iniciarmos pelos princípios fundamentais do Estado democrático brasileiro constitucionalmente estabelecidos, dentre eles, a República Federativa do Brasil reconhece a cidadania e a dignidade da pessoa humana como princípios fundamentais e estabelece como seus objetivos a construção de uma sociedade justa, livre e igualitária e a erradicação da pobreza e marginalização e a redução das desigualdades sociais

No primeiro capítulo da Constituição, sobre os direitos e deveres individuais e coletivos, temos uma primeira definição que nos interessa particularmente:

“Art. 5º - **Todos são iguais perante a lei**, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (...)”. (BRASIL. Constituição, 1988.)

Este artigo é fundamental, pois é nele que encontramos o fundamento da definição de pessoa sob a qual se assenta o Estado brasileiro, qual seja, a igualdade. É a partir do reconhecimento da igualdade – que se estende ao direito de participação política – de seus cidadãos e da garantia de seu direito à vida que a seguridade e os demais direitos sociais propostos tornam-se possíveis, pois a universalidade dos direitos sociais¹¹⁹ só tem sentido perante o reconhecimento da igualdade. Embora seja dada ênfase (e, talvez, maior importância) à liberdade, fazendo que ela preceda a noção de igualdade no texto constitucional, já que trata-se de um Estado liberal, a garantia à igualdade cumpre papel fundamental e abre espaço para um passo para além de uma definição estritamente liberal ou de cunho libertária e neoliberal.

Esse passo toma forma na garantia da liberdade e da igualdade, do exercício da cidadania, da plenitude dos direitos políticos e em uma cesta de direitos sociais que visa, através da redistribuição, a mitigar as desigualdades e a construir uma sociedade

¹¹⁹ “Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência social aos desamparados, na forma desta Constituição.” (BRASIL. Constituição, 1988, p. 13)

mais justa.

O direito à saúde aparece também nos art. 193 e 194 da Constituição, referentes à seguridade social, cuja redação define:

“Art. 193. A ordem social tem como base o **primado do trabalho**, e como **objetivo o bem-estar e a justiça sociais**.

Art. 194. A **seguridade social** compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo Único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

universalidade da cobertura e do atendimento;

I. uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

II. seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

III. irredutibilidade do valor dos benefícios;

IV. equidade na forma de participação do custeio;

V. diversidade da base de financiamento;

caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.”
(BRASIL. Constituição, 1988.)

O financiamento da seguridade social é dever de todos, da sociedade e do estado, caracterizando uma redistribuição social de riqueza. Neste ponto já é possível entrever delineados alguns dos princípios daquele que se pretende o Estado de Bem Estar Social brasileiro, cuja inspiração está nos welfare states europeus, estes voltados para garantir a proteção social de seus trabalhadores com serviços sociais que busquem cobrir ou minorar os riscos da vida social a que eles estão expostos.

São vários os welfare states, com diferentes matizes e implementados em

sociedades com culturas e histórias distintas¹²⁰. É possível distinguirmos entre diferentes tipos de welfare states e entre diferentes razões para seu surgimento. Como aponta Arretche (1996), algumas correntes de análise relacionam suas causas a razões de natureza econômica. Para elas o welfare seria um subproduto da industrialização e da modernização das sociedades, ou seja, do advento do capitalismo. Para outras correntes, as razões de seu surgimento seriam de ordem política ou institucional.

O estado previdenciário que passa a garantir os direitos da cidadania tem sua origem também no movimento democrático. Sua ampliação em diferentes momentos, no decorrer dos séc. XIX e XX, está ligada a um processo político de reformulação do contrato social, principalmente em momentos de crise, como no pós-guerra no séc. XX.¹²¹

“A experiência da guerra é particularmente significativa nesta direção. À saída de cada guerra, parece ter ocorrido um ato de refundação social e, portanto, de reafirmação, cada vez mais acentuada da natureza do Estado protetor/Estado de Bem-estar. Tratava-se de renovar os laços sociais que constituem a nação e, portanto, de dar vazão ao movimento de democratização das relações sociais através do Estado: movimento este que vai dos direitos civis aos direitos sociais, passando pelos direitos políticos.” (ARRETCHÉ, 1996, p.36)

No Brasil, a gramática dos direitos e a tentativa de consolidação de um Estado de Bem-estar Social são tardias, mas se trata de um processo político que vem com a refundação de nosso contrato social, a partir das demandas trazidas pela democracia. Além disso, segue uma experiência social que deixou marcas de violência e trouxe à tona as consequências da supressão dos direitos e da desigualdade social.

¹²⁰ Essas distinções foram trabalhadas por Gosta Esping-Andersen, o autor demonstrou que além das diferenças nos regimes de distribuição dos serviços sociais (ponto que já havia sido trabalhado por outros autores) há também as diferenças advindas da capacidade de articulação e do poder político das classes trabalhadoras em cada uma dessas experiências. Para essa discussão, c.f: ESPING-ANDERSEN, 1985 e IDEM, 1990.

¹²¹ Essa é a premissa de Pierre Rosavalon em **La Crise de l'État-providence** (1981), corroborada pelo trabalho de François Ewald, **Le État Providence** (1986).

Nesse cenário, os direitos são mais do que garantias legais. Como coloca Vera Telles,

“Seria possível dizer que os direitos estabelecem uma forma de sociabilidade regida pelo reconhecimento do outro como sujeito de interesses válidos, valores pertinentes e demandas legítimas. (...) Melhor dizendo, [os direitos] constroem uma gramática civil que baliza práticas e interações sociais por referência ao que é reconhecido como medida de justiça, medida que é sempre alvo de questionamentos e reformulações nos embates e litígios de posições e interesses, valores e opiniões, mas que é sempre solidária com critérios, muitas vezes implícitos, não redutíveis às prescrições legais, que fazem a partilha entre o legítimo e o ilegítimo, entre o permitido e o interdito, o obrigatório e o facultativo.” (TELLES, 1999, p.138-139)

A conquista dos direitos sociais no Brasil deve-se à atuação política dos movimentos sociais, cuja inovação ou virtude foi justamente trazer para a cena pública, como já apontei anteriormente, a noção de reconhecimento do outro como sujeito portador de direitos e, mais, do direito a ter direitos, o que forjou uma nova ordem social face a um passado e tradição autoritária. Ao trazerem a linguagem dos direitos para a esfera pública, os movimentos sociais retiraram as carências, as necessidades e a pobreza do espaço do privado, transformando-as em questões pertinentes à sociedade e instaurando uma nova medida de justiça.

A questão, conforme tratei no início do capítulo, é que essa nova medida de justiça é instaurada concomitantemente a outros projetos políticos: democracia, bem-estar social e neoliberalismo faziam parte da agenda política. O estado democrático que se desenhou com a Constituição de 1988 contém elementos de cada um desses projetos, resultando em uma concertação na qual é o indivíduo e sua liberdade que se sobressaem, apesar da reivindicação de igualdade que entra em cena e instaura o dissenso via gramática dos direitos sociais.

Temos, dessa forma, a reivindicação do reconhecimento da cidadania pela

proposta democrática, bem como uma tentativa de construção de um Estado que, como os Estados de Bem-Estar europeus, garanta os direitos básicos e a proteção dos cidadãos indiscriminadamente.

O desenho do SUS está mais próximo do modelo de bem-estar que caracteriza o chamado regime social-democrata dos estados do norte da Europa, cuja principal característica é a de garantir um sistema de proteção social abrangente, com cobertura universal, onde os benefícios são direitos garantidos independentemente do montante de contribuição de cada usuário do sistema. Esses direitos não são distribuídos sob a lógica do mérito, mas, sim, na busca de uma equidade.

Por outro lado, na ordenação brasileira, o trabalho também é o centro, a base e a razão da seguridade social. É através de sua manutenção que alcançaremos o bem estar e a justiça social. Aqui, é de suma importância atentarmos para inclusão da saúde no âmbito da seguridade social¹²², pois estamos diante de um argumento de justiça distributiva que se constrói muito mais dentro da gramática da ajuda/assistência àqueles que, por serem vítimas de situações sociais adversas, precisam de auxílio do que, de fato, dentro da gramática da justiça que pensa uma justa distribuição anterior e independente das catástrofes sociais a que estamos eventualmente expostos.

A justiça não deve ser pensada na chave da beneficência, da ajuda aos mais pobres, aos desempregados, aos desamparados, aos portadores de deficiências ou doenças crônicas através, por exemplo, de uma política de segurança social na qual pessoas nessa situação poderão apoiar-se, provisoriamente, até que se recobre uma situação de “normalidade”.

A justiça é permanente, não provisória. Sua preocupação central, como bem coloca Rawls, é com as arbitrariedades que produzem as desigualdades socioeconômicas e não, simplesmente, com uma tentativa pontual de minorar seus

¹²² Na prática, a saúde está inscrita no âmbito da previdência social como tática de financiamento. O sistema de saúde brasileiro sempre foi parte da estrutura da previdenciária e seu financiamento a ela atrelado. Essa tática, entretanto, não logrou sucesso como veremos adiante. Neste momento, interessa-me chamar a atenção para o significado e para as implicações normativas dessa “estratégia de organização da política”.

efeitos na sociedade¹²³.

A chave da beneficência ou da ajuda social é perigosa porque se perde a dimensão da injustiça. Ela não questiona as causas e apenas propõe uma saída provisória para um problema que, por ter sua origem na estrutura básica da sociedade, irá perdurar.

Forst (2011) sugere que imaginemos duas situações para as quais a redistribuição de bens se faz necessária: uma é a privação provocada por desastres naturais, a outra é aquela sofrida por aqueles que estão privados dos mesmos bens que aqueles que foram vítimas de um desastre natural, só que sua privação é causada pela exploração político-econômica.

Com toda certeza, ambas as situações são corretamente vistas como casos para os quais a ajuda se aplica, considerando-a em um dos casos como um ato de solidariedade moral e no outro como um ato de justiça, sendo que o último diferencia-se em razão da privação de uns dever-se a relações de exploração e injustiça e de acordo com os meios que estes possuem para mudar a sua situação. Se essa diferença for ignorada por alguém, esse alguém pode acabar em uma dialética da moralidade que vê como um ato de generosidade aquele que é, na verdade, requerido pela justiça. Dessa forma, pessoas autônomas são transformadas de sujeitos em objetos da justiça e, então, em objetos da ajuda e da caridade. (FORST, 2011, p.04)¹²⁴

¹²³ Compartilho, aqui, da noção proposta por Rainer Forst (2011) em sua concepção da justiça como justificação. Forst coloca que o pensamento acerca da justiça distributiva é erroneamente relacionado a uma certa imagem (*picture*) de justiça que foge ao cerne da questão. Essa imagem relaciona-se com a ideia de que devemos dar “a cada um o que lhe cabe, ou é devido na distribuição de bens”. Essa visão ignora como os bens são distribuídos e quem determina a estrutura de produção e distribuição, negligencia que as demandas por bens são construídas discursivamente em processos de justificação. Por fim, como o foco aqui é a distribuição de bens, perde-se a questão da injustiça, pois as razões da privação não são questionadas e a redistribuição acontece no reino da “ajuda”. (c. f. FORST, 2011)

¹²⁴ Tradução minha, texto original: “To be sure, these are both rightly viewed as cases in which help is applicable, though in one case as an act of moral solidarity and in other as an act of justice, the latter differentiated according to one’s involvement in conditions of exploitation and injustice and according to the means at one’s disposal to change these. If one ignores this difference, one can end up in a dialectic of morality that views an act as generous aid when it is actually required by justice. Autonomous persons are thereby turned from subjects into objects of justice, and then become objects of aid or charity.” (Forst, 2011, p.04)

Claro, não estou, com isso, afirmando que o direito à saúde no Brasil opera na chave da beneficência, mas, sim, chamando atenção para o fato de que é no cenário da seguridade social que se insere o direito à saúde no Brasil. Seguridade social remete a noção de uma ajuda que será acionada quando precisarmos, em razão de privações temporárias causadas por fatos sobre os quais não temos gerência ou controle e cuja solução extrapola os limites de nossa atuação enquanto indivíduos. Nesses momentos, teremos com o que contar: seremos socorridos por uma rede de seguros sociais que (enquanto aquele momento durar) nos livrará da fome e da falta de abrigo e nos protegerá dos riscos aos quais nossa saúde estará exposta face à precariedade vivenciada.

Essa argumentação e a forma de atuação que dela decorre não enfoca as arbitrariedades sociais determinantes das desigualdades em saúde, nem busca minorar o gradiente em saúde por elas provocadas, mas, sim, faz com que nos desloquemos no campo da seguridade e com que nos refiramos a um seguro com o qual poderemos contar em situações que fogem da normalidade e que, portanto, são esporádicas.

Entretanto, não é essa a argumentação que apreendemos da leitura tanto do Art. 196 da Constituição, que define o direito à saúde, nem da Lei Orgânica da Saúde (LOS), caso essa leitura seja realizada isoladamente, sem atenção aos artigos 193 e 194 mencionados acima.

A Constituição de 1988 estabelece que o acesso à saúde é um direito social universal e um dever do estado, incorporando à definição de saúde a noção dos determinantes sociais.

“Art. 196. A saúde é dever de todos e dever do Estado, *garantido mediante políticas sociais e econômicas* que visem à redução do risco doença e de outros agravos e ao **acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.**” (BRASIL. Constituição, 1988.)

A noção de determinantes sociais da saúde, que aparece de forma mais detalhada

na LOS, está contida na afirmação de que a saúde deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas; já seu objetivo, “reduzir os ricos de doenças e outros agravos”, extrapola a ideia da seguridade social e remete a uma concepção de justiça mais próxima da adotada neste trabalho.

A universalidade e igualdade, claramente mencionadas no artigo citado, remetem ao princípio da integralidade, ao afirmar o acesso a ações e serviços que visem à “promoção, proteção e recuperação da saúde” e ao deixar aberto esse pacote de serviços.

Na lei orgânica, esses e outros princípios também estão claramente presentes, desenvolvidos de acordo com o artigo 198 da Constituição. Eles são componentes do art. 7º da LOS, que define as diretrizes e princípios do sistema que se aplicam tanto aos serviços públicos de saúde quanto aos privados, não importando se contratados diretamente ou via convênios com o setor público. Além dos princípios que citei anteriormente, destaco aqui: a preservação da autonomia das pessoas; o direito à informação; a gestão descentralizada e o direito à participação da comunidade, conforme os termos da Lei. Retornarei a este artigo mais adiante. Antes disso, eis o 2º e o 3º artigos da lei:

“Art. 2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º. A saúde tem como **fatores determinantes e condicionantes**, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população

expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a *garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.*”(BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.)

A definição de saúde contida na LOS baseia-se em uma noção abrangente de saúde, que compreende o “bem estar físico, mental e social, das pessoas e do coletivo”¹²⁵. Quanto mais ampla for a definição de saúde, mais complexo deverá ser o sistema. Obviamente, o bem estar de uma pessoa não depende apenas de seu estado de saúde na medida em que ele é influenciado por uma série de questões que estão para além do campo de atuação dos serviços e de uma política de saúde.

É no reconhecimento de que a saúde pode ser “tanto resultado da desigualdade na distribuição de outros bens essenciais quanto determinante da realização das expectativas de vida dos indivíduos”¹²⁶ que a noção de determinantes sociais da saúde e sua integração ao sistema é importante, pois ela dá ao sistema uma dimensão de como articular os problemas de saúde com as demais esferas da vida tanto do indivíduo quanto em sociedade.

Entretanto, a abrangência da definição não reside somente na inclusão das diferentes dimensões da vida individual e coletiva, contidas também na noção de determinantes sociais da saúde, mas, antes, na própria noção de bem-estar, que pode recair facilmente no terreno das preferências individuais, levando a uma noção de bem-estar social, que conforme argumentarei, queremos e devemos evitar quando tratamos de Justiça.

Antes de analisarmos as noções de bem-estar e seus significados para a justiça e para o direito à saúde, é bom não perdermos do horizonte o fato de que a universalidade do direito à saúde e sua inserção na seguridade social encontram

¹²⁵ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

¹²⁶ Idem.

fundamento na proposta do welfare state social democrata. Lembremos, ainda, que a definição de saúde na qual o desenho do SUS baseia-se está claramente dada pela OMS em sua Constituição de 1948: “Saúde é o estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.”¹²⁷

Essa definição – polêmica – concretiza-se historicamente *pari passu* à consolidação das propostas dos Estados de Bem-Estar Social, à Declaração Universal dos Direitos Humanos de 10 de dezembro de 1948 e, por fim, ao processo de transformação político impulsionado pelas destruições e pelas violações provocadas pelas guerras mundiais, que nos deixaram como herança um mundo a ser reconstruído e ressignificado.

Assim, há ainda outra dimensão da noção de bem-estar sobre a qual refletirei, que está na definição de saúde propriamente dita. Pois, além de pensarmos o que significa o bem-estar e sua inserção em políticas cujo fim é a seguridade social, o segundo dilema que se coloca é como definir saúde a partir de uma concepção de bem-estar. Aqui, existem dois riscos claros: um é de associar bem-estar à felicidade e ao bem viver e o outro, consequência do primeiro, de individualizar e subjetivar a definição de saúde, necessária – não podemos perder isso de horizonte – para o estabelecimento de uma política pública de saúde.

Temos, portanto, duas dimensões: uma trata a saúde como um bem importante para garantir o bem-estar e de como definir esse bem-estar e delimitar uma lista de bens que, como a saúde, também são essenciais; a outra é responder o que é bem-estar em saúde. Retomarei este ponto mais adiante. Primeiramente, vamos ao bem-estar e a justiça.

8. 3. 1 - Bem-estar como medida de justiça social

¹²⁷ “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” Ver: http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf e http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (Consulta: em 21/10/2012)

Há várias maneiras de pensarmos o bem-estar¹²⁸, desde as métricas subjetivas adotadas pelos utilitários, constituindo concepções relativistas que tentam compreender o bem estar a partir de traços culturais ou tradicionais (o que também é complicado para fins de justiça social), até as métricas objetivas.

Não é meu intuito, aqui, aprofundar a discussão em torno das noções de bem-estar, mas, sim, apontar o problema que temos que enfrentar para a elaboração de políticas públicas dependendo da noção de bem-estar que adotarmos como ponto de partida para pensarmos a distribuição de bens, problema que considero presente na formulação do direito à saúde no Brasil.

Somente na concepção utilitária, temos ao menos quatro diferentes maneiras de definir o bem-estar: a vertente hedonista, a utilidade de estado mental não hedonista, a satisfação de preferências e a satisfação de preferências racionais ou informadas (KYMLICKA, 2006).

O utilitarismo, uma teoria moral, concentra-se na produção da felicidade. Politicamente, o procedimento mais correto seria aquele que produzisse a maior felicidade para os membros da sociedade. Segundo Kymlicka (2006), o principal atrativo do utilitarismo é o fato de que ele se coaduna com a nossa intuição de que o bem-estar tem importância e que, por conseguinte, as regras morais devem ser testadas de acordo com suas consequências ao nosso bem-estar.

Centrarei a discussão que se segue no utilitarismo hedonista e no de preferências. Tanto no utilitarismo hedonista de Bentham, que foca na presença de estados mentais de prazer ou de dor, quanto no utilitarismo de preferências de Harsanyi, que entende o bem estar com base na satisfação ou não das preferências do indivíduo, o bem-estar individual é compreendido de forma subjetiva.

Como aponta Vita (2007), o que aparentemente distinguiria a noção de Harsanyi – que define a utilidade social a partir das utilidades individuais e estas, com base em

¹²⁸ Para uma discussão mais detalhada sobre a questão ver: VITA. “Preferências Individuais e Justiça Social”. In: **A justiça Igualitária e seus críticos** (2007), e KYMLICKA., **Filosofia política contemporânea** (2006).

suas preferências individuais, ponto de vista denominado de welfarismo subjetivo – das demais concepções utilitárias de bem-estar é sua pretensão de neutralidade, já que sua métrica evita os julgamentos de valor das preferências e escolhas individuais¹²⁹. Ademais, como aponta o autor, o utilitarismo de preferências de Harsanyi pretende rejeitar o paternalismo na formulação de políticas públicas,

“(...) rejeição do paternalismo (na forma do “eu sei o que é melhor para você”) sobretudo nas decisões de política pública e no funcionamento de instituições sociais básicas. Não queremos conceder às autoridades o poder discricionário de decidir sobre a distribuição de recursos escassos – e sobre o emprego ou a abstenção do emprego da coerção coletiva de modo geral – com base no que elas acreditam que cada um de nós deveria preferir ou fazer.” (VITA, 2007, p. 149)

Dessa forma, de acordo com a proposta de Harsanyi, as decisões de política pública deveriam levar em conta a intensidade das preferências, baseando-se no grau e na força de difusão das preferências individuais. Ficamos com um grande problema; como considerar a intensidade dessas preferências? Devemos considerar todas as preferências, já que algumas podem ser moralmente difíceis de se sustentar por serem ofensivas, excessivas ou até modestas demais?

A adoção da regra da maioria também não nos ajuda nesse caso, principalmente se pensarmos pelo viés da intensidade das preferências. Porém, se não considerarmos a intensidade, a busca da garantia do bem-estar da maioria nos demandaria também uma classificação, ou seja, um julgamento sobre quais preferências individuais incluir. Poderíamos inclusive, no outro extremo, correr o risco de relativizar as preferências perante diferentes contextos individuais, tornando cada vez mais complexa a tarefa de definir qual seria a distribuição de bens mais adequada para construirmos uma

¹²⁹ Como demonstra Vita (2007), essa busca da neutralidade se coloca contra o utilitarismo objetivista de Stuart Mill, que tentou fugir da armadilha do hedonismo distinguindo entre prazeres superiores e inferiores, bem como e defendendo que os seres humanos dariam preferências aos prazeres superiores, formulando, dessa forma, uma métrica objetiva da felicidade a partir de um julgamento de valor acerca das preferências individuais.

sociedade justa. Na verdade, a adoção de qualquer um dos critérios para a formulação de uma métrica de preferências dificilmente nos levaria a uma distribuição justa.

Se o objetivo último da justiça distributiva é diminuir a desigualdade social, é preciso conhecer as causas dessa desigualdade e pensar a redistribuição de bens a partir delas. É o que faz Rawls quando enfoca a estrutura básica da sociedade e elabora a lista de bens primários a partir de um critério objetivo de bem-estar que não se apoia nas preferências individuais, até porque tais preferências são construídas a partir da relação que cada indivíduo estabelece com uma distribuição que já está dada, anterior a ele. Retorno à argumentação de Álvaro de Vita:

“Admitamos que esteja correto o argumento de que a oferta de determinados bens, recursos, direitos, normas legais ou oportunidades condiciona, em larga medida, as atitudes que os indivíduos têm em relação a cada uma dessas coisas. Nesse caso, é falso dizer que a distribuição desses mesmos bens, recursos, direitos, normas legais e oportunidades possa justificar-se pela satisfação de preferências individuais. *A equidade de uma distribuição não pode justificar-se pelas preferências que os indivíduos são levados a cultivar por essa mesma distribuição*” (VITA, 2007, p. 157 [grifo do autor]).

Com pontos de partida sociais desiguais, cada um tenderá a valorizar diferentes bens, a começar por aqueles que já fazem parte de sua realidade. Esse leque abrange desde gostos caros, por comidas, roupas, carros ou objetos tecnológicos mais requintados, até bens de primeira necessidade. Um indivíduo pode considerar extremamente importante tomar vinho todos os dias porque é benéfico para a saúde enquanto o outro satisfaz-se com acesso a água potável, que também é essencial a saúde.

Essa diferença de gostos e preferências pode ser explicada pela diferença no acesso a bens que ambos os indivíduos tiveram ao longo de suas vidas. O mesmo acontece com o acesso a serviços públicos, essencial tanto para que o indivíduo desenvolva o “gosto ou preferência” por determinado serviço, como também para que

ele constitua um padrão de qualidade que servirá de parâmetro para um julgamento dos demais serviços a que já tem ou a que poderá vir a ter acesso.

No caso de serviços de saúde, o acesso a eles propicia ao indivíduo não só perceber sua importância e reclamá-lo quando ele faltar, como, ao longo do tempo, o faz criar um parâmetro para a avaliação de sua qualidade. É a partir do uso do serviço que começamos a formular opiniões próprias sobre qual seria um tempo de espera razoável, uma consulta de qualidade, um médico humano e responsável, um serviço de enfermagem satisfatório, passando a poder julgar diferenças entre tratamentos e medicamentos disponíveis. Sem a posse de tais critérios, dificilmente alguém se consideraria apto a questionar.

A análise dos dados da Ouvidoria Geral do Município de Campinas nos traz algumas pistas ilustrativas de como se estabelece a relação entre o usuário e os serviços de saúde que evidenciam tais questões. Um estudo técnico sobre os serviços de saúde em Campinas foi realizado pela equipe da Ouvidoria e por seu Conselho Consultivo em 2007, motivado pela quantidade de reclamações recebidas contra o referido serviço.

Nesse estudo, que incluiu entrevistas com os usuários dos Centros de Saúde, constatou-se que, quando questionados sobre a qualidade dos serviços, os usuários tendem a dizer que estão satisfeitos com eles. Entretanto, é no conteúdo de seus relatos que problemas graves surgem, sempre precedidos, no entanto, pela avaliação de que o serviço é bom, a despeito do tempo de espera e da falta de “espaço” na relação que estabelecem com os servidores da saúde para questionarem ou reclamarem da qualidade do serviço ofertado. O relatório da Ouvidoria relata que muitos têm medo de reclamar, sendo que, quando procuram a Ouvidoria para registrar uma reclamação, via de regra, não informam o nome dos servidores/funcionários com quem conversaram, dificilmente reclamam da qualidade do serviço prestado e, normalmente, focam-se na ausência de algum serviço e/ou insumo ou no tempo de espera.

O relatório traz a história de um usuário que, apesar de ter avaliado como bom o

serviço de saúde prestado no município de Campinas, ao relatar sua experiência com o serviço, colocou:

“(...) que em sua opinião, um dos maiores problemas é a espera. Relatou que seu pai teve câncer de pele diagnosticado em estágio inicial, como seu problema não foi considerado urgente, o mesmo entrou na fila de espera para encaminhamento ao Hospital Municipal Dr. Mario Gatti, onde foi realizada a cirurgia para a retirada do tumor. Entretanto, no período em que seu pai aguardou seu problema agravou-se; e, segundo a entrevistada, quando foi feita a cirurgia foi necessária a retirada completa da orelha, já tomada pelo câncer.” (OGM, 2007, p.13)

Correndo o risco de me delongar, ainda gostaria de citar o exemplo trazido por Lara Luna (2009) a respeito daqueles que “deixamos morrer”. A autora relata a fala de uma assistente social, profissional da saúde, sobre uma das muitas cenas que presenciou em hospitais públicos. Nesta, havia um casal, ambos acidentados, instalados nos corredores de um Pronto-Socorro, ela com o braço quebrado e ele com a coluna imobilizada por um colete que estava mal colocado. Enquanto a assistente social conversava com a mulher, esta pediu a um médico que passava que olhasse o colete de seu marido, pois estava mal colocado. A cena que se seguiu foi:

“O médico gritava com o paciente: ‘Você tá vendo isso aqui? O colete é para imobilizar. I-MO-BI-LI-ZAR! Sabe o quê que é isso?’ Ele falava gritando com o paciente. Aí ele [paciente] falou assim: ‘eu sei, mas...’. O cara nem conseguia falar! ‘eu sei, mas não sei como é que coloca. Você pode me ajudar?’ [retruca o paciente humildemente]. Aí fazia assim com força no colete [gesticula o movimento do médico]! O cara gritava de dor: ‘tá doendo!’. ‘É pra doer! Pra você aprender a não tirar do lugar!’ [médico]. ‘Mas eu não tirei!’ [responde temeroso o paciente]. O cara não tinha como tirar o colete, porque ele estava sem força nenhuma. E esse colete... ele explicou gritando, que não havia a menor necessidade, ‘o colete é para imobilizar pra você não sentir essa fraqueza que você está sentindo nas pernas. Você nunca mais vai andar se o colete não ficar no lugar certo, então você deixa ele aqui! (...)’ (LUNA, 2009, p.316)

Seguindo o relato da autora, a esposa do paciente tentou intervir, pedindo ao médico que explicasse a ela, então, como colocar o colete e sua função. O médico disse a ela para ficar quieta e ouvir. Ela, então, respondeu que estava ouvindo e o médico prosseguiu,

“Você não tem que falar que tá ouvindo e nem responder nada não, só tem que ouvir, cala a boca e escuta! O colete é para ficar assim! [mexe no colete com violência]”. (LUNA, 2009, p. 316)

Esses são bons exemplos do como a falta de referências para questionar o serviço e, em um nível mais amplo, a política de saúde pesam negativamente na relação que o usuário estabelece com o sistema, manifesta na relação que o paciente estabelece com o médico de submissão do primeiro ao segundo. O paciente submete-se não só à figura do “Doutor” e ao poder a ela subjacente, como também a um saber que não tem condições de questionar. Essas características não são constituintes do indivíduo autônomo e igual almejado por uma sociedade justa.

8. 3. 2 - Bem-estar em Saúde

Retomamos neste ponto o problema colocado pela Lei que define o direito à saúde. Como já apontei no início desta discussão, em consonância com a definição de saúde da OMS, a Lei, além de determinar o acesso universal e igualitário às ações e a serviços que promovam, protejam e recuperem a saúde, ainda complementa esse pacote com a ideia de que essas ações devem garantir o bem-estar físico, mental e social das pessoas.

Nesse caso, quais necessidades e serviços em saúde seriam necessários para garantir o bem-estar físico, mental e social das pessoas e do coletivo? Qual é o critério adotado para a definição de bem-estar?

A definição de bem-estar adotada não está clara. Não sabemos se se trata de uma definição subjetiva ou objetiva ou que fator pesará mais durante a implementação da política e para a elaboração das ações e serviços que serão considerados necessários para a garantia do bem estar. Essa definição adotada pela OMS está longe de ser consensual. Além disso, a associação entre saúde e bem estar também é muito recente, fruto do contexto histórico do séc. XX, momento em que a saúde e outros bens sociais são reconhecidos como importantes para o ser humano. Como aponta Awofeso (2005), muitos críticos apontam a definição da OMS como utópica e chamam atenção para o fato de que a inclusão da palavra *completa* torna praticamente impossível que alguém possa ser considerado saudável em algum momento de sua vida. Ao mesmo tempo, falar em um *completo estado de bem-estar físico, mental e social* pode remeter mais a uma noção de *felicidade* do que de saúde.

“As palavras ‘saúde’ e ‘felicidade’ designam experiências de vida distintas, cuja relação não é fixa nem constante. A falha em distinguir felicidade de saúde implica que qualquer distúrbio na felicidade, mesmo que mínimo, possa ser percebida como problema de saúde.”¹³⁰(AWOFESO, 2005)

A mesma crítica elaborada à definição de saúde da OMS cabe à definição adotada pela ordenação jurídica brasileira. Do ponto de vista da elaboração da política de saúde, a noção de bem-estar constitui-se em um problema tão complexo quanto o é para questões de justiça social.

Como colocam Segre e Ferraz (1997), a situação de um *bem-estar perfeito* (termo usado pelos autores) ou completo¹³¹ é, ao menos, utópica. Se a noção de bem-estar em si já é problemática, falar em bem-estar perfeito torna a elaboração de conceitos

¹³⁰ Tradução minha do original: “The words ‘health’ and ‘happiness’ designate distinct life experiences, whose relationship is neither fixed nor constant. Failure to distinguish happiness from health implies that any disturbance in happiness, however minimal, may come to be perceived as a health problem.” (AWOFESO, 2005)

¹³¹ O termo *complete* usado no inglês é normalmente traduzido por *completo* sem prejuízo de significado os autores citados traduzem por *perfeito*.

externos de avaliação, tarefa da saúde coletiva, impossível, pois a perfeição não é definível.

“Se se trabalhar com um referencial objetivista, isto é, com uma avaliação do grau de perfeição, bem-estar, ou felicidade de um sujeito externa a ele próprio, estar-se-á automaticamente elevando os termos perfeição, bem-estar ou felicidade de um sujeito externa a categorias que existem por si mesmas e não estão sujeitas a uma descrição dentro do contexto que lhes empreste sentido, a partir da linguagem e da experiência íntima do sujeito. Só poder-se-ia, assim falar de bem-estar, felicidade ou perfeição para um sujeito que, dentro de suas crenças e valores, desse sentido de tal uso semântico e, portanto, o legitimasse.” (SEGRE e FERRAZ, 1997, p.539)

Essa crítica está contida na argumentação que apresentei anteriormente sobre o bem-estar, mas os autores seguem e apontam outro problema na definição que também se aplica à designação que temos no SUS: o destaque que se faz entre as dimensões do físico, do mental e do social. Segundo Segre e Ferraz (1997), a vivência psicanalítica tem apontado para a inexistência de uma clivagem entre mente e soma, sendo o social também um interagente. A psicossomática já demonstrou que muitas doenças são *expressões do inconsciente* e que ainda é preciso acrescentar a atuação do social sobre o sujeito, o que nos levaria, inclusive, a pensar em uma *socialpsicossomática*.

A doença somática seria, assim, mais uma maneira de o sujeito externar sua turbulência afetiva, uma via buscada inconscientemente por um sujeito incapaz de harmonizar seus conflitos interiores. Por esse caminho, os autores sugerem que seria mais adequado pensar a saúde como um estado razoável de harmonia entre o sujeito e a realidade, o que permitiria uma visão antipositivista e mais humana da tarefa do profissional de saúde. Entretanto, pensar a saúde como um *estado razoável de harmonia entre o sujeito e a realidade* também não facilita a elaboração de uma métrica objetiva, fundamental para o trabalho da saúde coletiva, como reclamam os autores, pois, ainda assim, trata-se de uma métrica subjetiva.

Scliar (2007) também chama a atenção para as críticas geradas pelo conceito de saúde da OMS, lembrando-nos do caráter político dessa definição, que no pós guerra significou, no contexto da luta contra o colonialismo e pela ascensão do socialismo, a busca por uma definição de saúde que expressasse o direito a uma vida plena, sem privações.

Essa definição, portanto, teria suscitado críticas por parte dos libertários, que a consideravam uma maneira de legitimar a intervenção do Estado na vida dos cidadãos sob o pretexto de promover a saúde.

Essas questões foram debatidas na conferência de Alma-Ata, em 1977, na então União Soviética. A conferência destacou a importância da participação dos governos, das comunidades e das pessoas na promoção da saúde (o que também consta na LOS) e estipulou que a tarefa de promoção e implementação de serviços de, e cuidados à saúde baseia-se nos seguintes preceitos:

“1) as ações de saúde devem ser práticas, exequíveis e socialmente aceitáveis; 2) devem estar ao alcance de todos, pessoas e famílias - portanto, disponíveis em locais acessíveis à comunidade; 3) a comunidade deve participar ativamente na implantação e na atuação do sistema de saúde; 4) o custo dos serviços deve ser compatível com a situação econômica da região e do país. Estruturados dessa forma, os serviços que prestam os cuidados primários de saúde representam a porta de entrada para o sistema de saúde, do qual são, verdadeiramente, a base.” (SCLIAR, 2007, p.38)

Dentro dessa concepção, os cuidados primários de saúde – proposta racionalizadora e dotada de conotações políticas, já que defende uma prática em saúde avessa a das grandes corporações e ao uso de tecnologias sofisticadas – devem envolver ações que abranjam a educação em saúde, a nutrição adequada, o saneamento básico, os cuidados materno-infantis, o planejamento familiar, as imunizações, a prevenção e o controle de doenças endêmicas e a provisão de medicamentos essenciais.

Scliar (2007) conclui que, por serem concepções que os pragmáticos rejeitam e por se trata de uma tarefa hercúlea a criação de uma política de saúde sem critérios sociais e/ou juízos de valor, a Constituição de 1988 não discute o conceito de saúde, simplesmente chegando a um princípio que colabora *para desenvolver a dignidade aos brasileiros, como cidadãos e como seres humanos*.

Essa tentativa de fuga de definir saúde, com toda certeza, não é a melhor opção. Pelo viés colocado por Scliar (2007), talvez até piore a situação, pois a não definição também é uma decisão política e só transfere o momento da tomada de decisão para momentos posteriores à elaboração do desenho.

Entretanto, o autor esquece-se de que há uma decisão a respeito do que é saúde na LOS e, também, nos decretos e NOBs posteriores à aprovação da Lei¹³² que foram elaborados visando a suprir as lacunas jurídicas deixadas por ela. Mesmo através de regulamentações posteriores, a questão continua sem reposta.

Voltamos ao problema anterior: as preferências individuais são consideradas? Se há uma lista, uma métrica de ações e serviços objetiva, quais são os critérios adotados para sua elaboração? Agora, se mudarmos a pergunta para “Quais serviços, quais especialidades médicas, quais tecnologias de diagnósticos, quais modelos de assistência, quais medicamentos e suprimentos fornecer para a garantia do bem-estar de todos os cidadãos brasileiros?” teremos a resposta na LOS: o leque mais abrangente possível para a maioria.

A lista de objetivos e atribuições está dada nos Art. 5º e 6º, que, apesar de longos, transcreverei abaixo, para que tenhamos a exata dimensão da tarefa:

“Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e

¹³² Encontramos uma regulamentação das tarefas e objetivos do SUS tanto no Decreto 7.508/11 que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Na NOB 1996, Portaria 2.203/96 temos uma redefinição do modelo de gestão do SUS. Podemos agregar aqui também a Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade no SUS.

determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.”
(BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.)

Novamente, dada a abrangência dos objetivos e das atribuições do sistema, será durante o processo de implementação que as decisões acerca de quais serviços que serão disponibilizados e qual será sua dinâmica serão tomadas. É nessa dinâmica que

surgirão as preferências e demandas dos atores envolvidos no processo e, aqui, voltamos ao nosso dilema: como as preferências de uns e a garantia de seu bem-estar podem simplesmente não atender ou corresponder a de outros? Isso se traduz em um problema de implementação quase sem solução para uma política que se pretende universal e integral.

Logicamente, poderíamos argumentar a favor da lei, que, do ponto de vista da política de saúde, é uma lei abrangente, com texto impreciso e ambicioso, o que, como já vimos no capítulo IV, pode funcionar a seu favor, já que abre espaço para o conflito e não delimita seu campo de atuação em uma uniformidade e padronização de tarefas, incorporando o incerto.

Entretanto, como a lei abre espaço para que diversos tipos de serviços, tratamentos e terapêuticas sejam incorporados à prática da política, o que se justifica pela garantia do bem-estar individual e coletivo, abre-se “um buraco negro” que pode vir a permitir que resultados que não desejamos se efetivem.

Portanto, no momento da implementação e da legitimidade da política, os reclamos e demandas que surgirão precisam ser justificados com base em uma argumentação que seja aceita pela maioria a despeito das definições, objetivos e diretrizes colocados pelo desenho da mesma. No caso do bem-estar, teríamos que articular justificativas morais para nossas preferências – novamente retornamos ao argumento central em torno das noções de bem-estar. A cada uma dessas preferências seria atribuído um maior ou menor peso em contextos envolvendo a distribuição de recursos, atribuição de peso ou valor, que também dependerá da posição que já ocupamos, ou seja, o quão preteridos ou não já estamos na distribuição social de bens. (DANIELS, 2008)

“Para que uma escala funcione como base para julgar as demandas que apresentamos uns aos outros, precisamos ser capazes de julgar objetivamente o déficit que existe em cada uma dessas categorias. Ademais, precisamos de um amplo consenso em torno da importância e

relevância dessas categorias (ou razões).” (DANIELS, 2008, p.34)¹³³

O consenso, ou sua falta, em torno dessas categorias tem sido vivenciado por profissionais da saúde –por funcionários públicos que em seu cotidiano lidam mais diretamente com dramas que remetem com mais força para a injustiça do sistema – e pelos pacientes, usuários do SUS, que acabam sujeitando-se à decisão do médico ou dos demais profissionais aos quais são referenciados no que diz respeito à assistência, aos métodos de diagnósticos e aos tratamentos.

O paciente, nessa relação, nem sempre é visto como um ser racional, autônomo, capaz de decidir, de opinar e de participar ativamente de seu processo de diagnose e tratamento, embora seja justamente a proposta de um “paciente” que seja partícipe desse processo que está contida no projeto de assistência e humanização da saúde do SUS.

Essa é uma questão que, na prática da política, fica evidente, por exemplo, nos problemas enfrentados para o financiamento do sistema ou quando alguém procura a justiça argumentando que, para seu bem-estar, é melhor ter acesso ao medicamento X do que ao similar Y que é fornecido pela rede de serviços públicos e, assim, reclama seu direito. Fica evidente, ainda, quando servidores públicos, ou seja, profissionais da saúde, afirmam que cidadãos de classe média ou que identificam como possuidores de um poder aquisitivo maior do que o da população reconhecidamente pobre não devem retirar remédios nas farmácias dos Centros de Saúde, já que têm condições de comprá-los¹³⁴. Com base em que razões julgar as demandas por serviços ou tratamentos específicos?

Os casos de judicialização do direito à saúde, nesse ponto, são emblemáticos. Trata-se de demandas a que o arcabouço jurídico do SUS não é capaz de fornecer

¹³³ Tradução minha, texto original: “For a scaler to function as a framework for assessing claims we make on each other, we must be able to assess objectively the deficit that exist in each of those categories. In addition, we need widespread agreement on the importance and relevance of the categories (or reasons).” (DANIELS, 2008, p.34)

¹³⁴ Informação obtida através das reclamações do setor do saúde recebidas pela Ouvidoria Geral no Município de Campinas.

respostas adequadas.

Através do decreto 7508/11¹³⁵, o Ministério da Saúde busca, visando essas lacunas identificadas na Lei, regulamentar o planejamento da saúde, a assistência a ela saúde e a articulação interfederativa. O decreto busca definir a organização da rede de atenção à saúde, estabelecendo quais são as portas de entrada do sistema, os serviços disponíveis às pessoas, o protocolo clínico e a diretriz terapêutica. Também propõe a criação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). A RENASES “compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde” e a RENAME “compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS”.

A RENASES¹³⁶, cuja primeira versão é de 2012, portanto, 22 anos depois da aprovação da LOS, contém um esforço de sistematização dos serviços que já são prestados pelo SUS, através de uma lista das ações e serviços prestados pelo SUS no âmbito da atenção primária, da urgência e emergência, da atenção psicossocial, da atenção especializada (ambulatoria, odontológica e hospitalar) e da vigilância sanitária.

Como a lista é longa e exaustiva, não entrarei em detalhes aqui. Cabe observar que ela foi construída com base na experiência do SUS nesses últimos anos e justamente para evitar lacunas legais que propiciam interpretações dúbias. O mesmo ocorre com o RENAME. Logicamente, isso facilita o trabalho, delimita o campo de atuação e deixa claro aos usuários da política quais são os serviços e tratamentos aos quais terão acesso.

Ainda sobre os medicamentos ofertados pelo SUS,

¹³⁵ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm, consulta dia 23/10/2012.

¹³⁶ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_acoes_saude.pdf, consulta realizada no dia 23/10/2012.

“O Decreto 7.508, de 2011, cria duas exceções: a) a ampliação do acesso a medicamentos à população não usuária do SUS por motivos de saúde pública justificados. Isso significa dizer que os entes federativos podem definir um rol de medicamentos que devem ser disponibilizados à população independentemente de estarem ou não em tratamento no SUS. É o que acontece com os medicamentos para diabetes e hipertensão que são franqueados a todos, sem condicionamentos de terem sido prescritos por um profissional do SUS em suas dependências. A outra exceção diz respeito aos medicamentos especializados que podem ser prescritos por médicos que não pertencem aos quadros do SUS ante a ausência de especialistas no próprio serviço público de saúde. Nesse caso, a receita privada poderá ser admitida pelos profissionais de saúde do SUS. Essa exceção somente poderá ser regulamentada pelo Ministério da Saúde, enquanto a primeira é da competência dos entes federativos no âmbito em sua jurisdição administrativa, nos termos do Decreto 7.508, de 2012.” (SANTOS, 2012)¹³⁷

Mesmo assim, não evita conflitos advindos da definição abrangente da LOS, como a *judicialização do direito à saúde*. Esse conflito está, também, na interpretação dos princípios de integralidade e igualdade, que estão sendo interpretados pelo poder judiciário de forma distinta àquela do Ministério da Saúde. Este entende a integralidade a partir da lista/cesta de serviços que se convencionou fornecer. Entretanto, não podemos esquecer que a lista só foi regulamentada em 2012. Segundo a LOS:

“Art.7º

II – integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.” (BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.)

As decisões judiciais têm sido pautadas pelo caráter universal e integral do direito

¹³⁷ Análise de Lenir Santos sobre o decreto 7.508/12 disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/09/19/direito-a-saude-e-a-renases—relacao-nacional-de-aco-es-e-servicos-de-saude/#1>. Consulta em 25/10/2012.

à saúde, entendendo que o princípio da integralidade não deve ser restringido pela lista de serviços e medicamentos definida pelo sistema. Por isso, muitos usuários têm garantido judicialmente o acesso a serviços e medicamentos, procedimentos ou terapias que não os contemplados e fornecidos pelo SUS, através do argumento de que o que está sendo solicitado seria mais eficiente considerando seu problema de saúde do que o fornecido pelo sistema.

Mas temos aqui vários contextos. Quero citar dois, distintos: um em que se requer um medicamento, de alto custo, para um enfermidade crônica (por exemplo) que não é fornecido pelo SUS apesar de o sistema oferecer tratamento opcional com menor custo. O argumento utilizado para o requerimento é o de que a qualidade de vida da pessoa será muito maior se esta fizer uso do medicamento solicitado, por este ser, em algum aspecto, melhor do que o outro. É bom termos claro que essa justificativa pode estar baseada em vários critérios, sejam objetivos – cientificamente comprovados até – ou subjetivos, pois a pessoa pode ser induzida também por seu médico e pela indústria farmacêutica a acreditar na absoluta eficácia do medicamento que solicita vis-à-vis ao oferecido pelo SUS.

No outro, temos a solicitação de fraldas. Reproduzo aqui o argumento de Médicci (2011), veementemente contrário a este tipo de solicitação. Diz o autor:

“Há centenas de processos pedindo o fornecimento de fraldas, que, além de não serem itens de gasto em saúde e sim de higiene pessoal, não estão na lista do SUS. Se essas prosseguissem, o SUS deveria começar a pagar sabonetes, detergentes e outros produtos de limpeza.”
(MÉDICCI, 2011, p.61)

A falta de controle da urina pode ser provocada por diversas razões. Em pacientes acamados e/ou portadores de doenças crônicas, por exemplo, essa falta de controle, com toda certeza, é um empecilho para o bem-estar ou para a qualidade de vida do doente.

Vamos considerar que um adulto acamado que esteja sendo acompanhado em

ambiente domiciliar faça uso de cerca de 5 fraldas por dia. Em média, no mercado, o valor de uma fralda varia de R\$1,60 a R\$2,00 (isso sem discutirmos a sua qualidade, vamos ficar apenas com os valores)¹³⁸. Assim, temos, somente em fraldas, um gasto mensal que varia de R\$ 240,00 a R\$ 300,00 em uma situação ideal – de 5 fraldas/dia. Nesse cenário, devemos somar o fato de que este é o tipo de paciente que demanda cuidado durante todo o dia, de modo que sempre será preciso que haja alguém por perto para *cuidar* desta pessoa, seja um familiar, seja um cuidador contratado. Em ambos os casos, isso significa onerar a renda familiar. No caso de pagar pelo cuidado a oneração é mais evidente, mas, mesmo quando o cuidado é de responsabilidade da família, isso implica em uma mudança de rotina, pessoal, profissional e familiar com consequências que nem sempre somos capazes de identificar e mensurar.

Se estivermos tratando de um paciente acamado, com toda certeza ele demandará também outros materiais, produtos e equipamentos, que vão desde o uso de luvas para procedimento, algodão, gazes, fitas, até equipos, sondas, cremes e/ou óleos dermoprotetores para prevenir o surgimento de escaras, lençóis, colchoes e travesseiros apropriados, chegando, às vezes, à necessidade de uma cama apropriada as condições do doente, sem mencionar os medicamentos.

Vamos imaginar esse cenário no contexto de uma família pobre ou, se preferirmos, no contexto de cerca de 47% da população brasileira que vive com até 1 salário mínimo per capita.

Será que continuamos julgando o pedido de fraldas assim, tão desarrazoado? Seria a fralda, nesse contexto, um item de higiene pessoal que, por estar apenas voltado para a melhoria ou para a garantia do bem-estar da pessoa que dela precisa não deve ser fornecida pelo SUS, como afirma Médicci (2011)?

Podemos até mesmo mudar o contexto e pensar em uma situação em que temos condições de saúde/doença que não são tão graves. Imaginemos apenas uma

¹³⁸ Valor que obtive a partir de uma consulta de preços em diferentes redes de farmácia e lojas especializadas em equipamentos e produtos médico-hospitalares, valores de referência de outubro/2012.

incontinência urinária, fruto da idade, em uma pessoa com renda per capita dentro do universo que delimitar anteriormente. Pode ser um aposentado, que precisa manter-se com estes poucos recursos. Assim, o gasto com as fraldas – ou com qualquer outro produto que melhore sua qualidade de vida perante o problema – torna-se inviável, considerando as demais despesas. Qual seria a opção? Podemos, também neste caso tratar a fralda como item de higiene pessoal, algo supérfluo, de que a pessoa não necessita para viver, mas, sim, para satisfazer seus gostos? Lembrem-se da discussão sobre a validade ou não de satisfazermos gostos caros e requintados adquiridos pela vivência de cada um.

Qual demanda é mais válida? Qual não deve ser atendida pelo SUS? Por outro lado, mesmo que, dentro do exemplo que estou propondo, essas pessoas tivessem recursos suficientes para a aquisição dos produtos e materiais dos quais necessitam, seria arbitrário solicitá-los ao SUS, já que o direito à saúde é universal, igual, integral e gratuito?

O impasse se mantém, principalmente porque estamos falando de bem-estar e de qualidade de vida em seus diferentes âmbitos. Nesse caso, estipular uma lista de medicamentos e serviços de saúde *a posteriori*, como foi feito, ajuda muito pouco, já que há uma interpretação anterior do direito à saúde em si.

Do mesmo modo e ao mesmo tempo em que enfrentamos essa face que exacerba o direito – pois tudo que garantir o bem-estar deve ser garantido pelo Estado – e, segundo as críticas, que torna a política de saúde financeiramente inviável, articulam-se interpretações jurídicas que sinalizam pela não obrigatoriedade do Estado em fornecer esses bens e os direitos sociais de modo geral. Aqui, nos movemos para o terreno oposto, que, mesmo que contraditório, também está contido no desenho da política.

A saúde (novamente, localizada no guarda-chuva da previdência social) não é considerada pela lei um direito subjetivo, aos moldes da Educação, por exemplo.¹³⁹

¹³⁹ Lei 9394/96 disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=75723>. Consulta em 24/10/2012.

Tanto o art. 208 § 1º da Constituição como o texto da lei 9.394/96, que estabelece as diretrizes e bases da educação, definem a educação como um direito público subjetivo:

“Art. 5º O acesso ao ensino fundamental é direito público subjetivo, podendo qualquer cidadão, grupo de cidadãos, associação comunitária, organização sindical, entidade de classe ou outra legalmente constituída, e, ainda, o Ministério Público, acionar o Poder Público para exigi-lo.” (BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996)

Ser um direito público subjetivo significa que o indivíduo pode transformar a norma geral abstrata contida na Lei em algo que possua como próprio. “A maneira de fazê-lo é acionando as normas jurídicas (direito objetivo) e transformando-as em *seu* direito (direito subjetivo).” (Duarte, 2004, p.113)

No caso da saúde, não há esse reconhecimento estipulado pelo ordenamento jurídico. Ao contrário, o direito à saúde é constantemente relacionado à noção de direito programático¹⁴⁰, que, na realidade, retira do Estado o dever de cumprir com a garantia do direito, pois, ao afirmar que determinada norma é programática, estamos dizendo que o direito que ela determina não tem aplicabilidade imediata, estando condicionado às condições e possibilidades de o Estado garanti-la. (CARVALHO; SANTOS, 2006).

As normas programáticas seriam, assim, recomendações feitas pela Constituição a serem cumpridas oportunamente e, portanto, não geram um direito público subjetivo.

Carvalho e Santos (2006) elucidam bem o debate em torno do *direito subjetivo* x *direito programático* e, como vários juristas, defendem que a saúde deve ser compreendida como um direito subjetivo, pois, assim como na educação, a norma

¹⁴⁰ Sobre o tema, Carvalho e Santos (2006) também citam Norberto Bobbio, que, em uma passagem de a **Era dos Direitos** (2004, p.72) coloca: “O Campo dos direitos do homem - ou, mais precisamente, das normas que declaram, reconhecem, definem, atribuem direitos ao homem – aparece, certamente, como aquele onde é maior a defasagem entre a posição da norma e sua efetiva aplicação. E essa defasagem é ainda mais intensa precisamente no campo dos direitos sociais. Tanto é assim que, na Constituição italiana, as normas que se referem a direitos sociais foram chamadas pudicamente de “programáticas”. Será que já nos perguntamos algumas vez que gênero de normas são essas que não ordenam, proíbem ou permitem *hic et nunc*, mas ordenam, proíbem e permitem num futuro indefinido e sem um prazo de carência claramente delimitado.”

jurídica institui um dever correlato de um sujeito determinado: o Estado.

A questão é que esse argumento é mais utilizado para defender o não cumprimento da norma por juristas e por gestores públicos do que gostaríamos que fosse. Nesse argumento está embutido outro, que Norberto Bobbio delimita muito bem e que se faz perceber no cotidiano da política, nas ações dos atores que dela fazem parte, estando implícito no discurso da saúde como assistência social, como uma política centrada nos mais pobres. Trata-se do argumento presente na fala dos servidores quando reclamam que cidadãos de classe média não devem retirar medicamentos nas farmácias do SUS¹⁴¹.

Bobbio (2004) lembra-nos que os direitos sociais são, no ordenamento jurídico, direitos de segunda ordem, que, diferentemente dos direitos de liberdade – direitos negativos que não demandam a intervenção do Estado que, ao contrário, deve protegê-los de qualquer intervenção – demandam uma atuação forte e interventora do Estado. Só que, também diferentemente dos direitos de liberdade que se referem universalmente ao homem em abstrato, os direitos sociais são destinados a indivíduos iguais apenas genericamente mas não especificamente, pois, “com relação aos direitos políticos e aos direitos sociais, existem diferenças de indivíduo para indivíduo, ou melhor de grupos de indivíduos para grupos de indivíduos, diferenças que são até agora (e o são intrinsecamente) relevantes.” (BOBBIO, 2004, p.65)

Essa diferença é articulada tacitamente no processo de realização da política e na ordenação da sociedade brasileira. Mais do que isso, é naturalizada. Corroborada com essa naturalização o ideário neoliberal e uma concepção de justiça que, apesar de antagônica à concepção liberal-igualitária – expressa através de princípios fundantes da política, faz-se presente e justifica a prática da política, ou seja, justifica as desigualdades por ela mantidas e produzidas.

8. 4 - Descentralização e Participação

¹⁴¹ Dados fornecidos pela Ouvidoria Geral do Município de Campinas.

A descentralização da gestão pública e a participação da sociedade civil figuram como elementos centrais no SUS, sendo que um está atrelado ao outro, já que a participação ocorre em todos dos níveis de gestão no SUS.

O artigo 198 da Constituição traz as diretrizes (procedimentos) segundo as quais os serviços públicos de saúde devem ser organizados, essencialmente: descentralização, atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas e participação da comunidade¹⁴². Na LOS, conforme citado anteriormente neste capítulo, a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa são apontadas como princípios do sistema no art. 7º:

“Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no [art.](#)

¹⁴² A redação completa do Art 198 determina: “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. [\(Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#) [Regulamento](#)

I - os percentuais de que trata o § 2º; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)”.

(BRASIL. Constituição, 1988.) Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Consulta dia 31/10/2012.

[198 da Constituição Federal](#), obedecendo ainda aos seguintes princípios:

(...)

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;”

(BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.)

A participação da comunidade no SUS é, também, regulamentada pela Lei 8.142/90, que determina que ela ocorrerá via duas instâncias colegiadas, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A conferência, segundo a Lei, deve se reunir a cada quatro anos com representantes dos diferentes segmentos sociais e com o objetivo de avaliar a situação da saúde e propor diretrizes, na instância correspondente.

O conselho possui caráter permanente e deliberativo, devendo ser composto por representantes do governo, por prestadores de serviço, por profissionais de saúde e por usuários atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, assim como na Conferência, em sua instância correspondente. O conselho pode, inclusive, atuar nos aspectos financeiros da política e, é importante, suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

A lei determina que as representações no conselho e nas conferências sejam paritárias, enfatizando a necessidade de paridade dos representantes dos usuários do SUS, o que garantiria o caráter democrático de ambas as instâncias colegiadas.

Com o repasse de verbas da União aos Estados, Municípios e Distrito Federal condicionado, a existência dos conselhos a participação, ao menos *a priori*, tem sua importância acentuada. Atualmente, os conselhos são realidade em todos os Estados da federação e em todos os municípios¹⁴³.

¹⁴³ Segundo informações veiculadas pelo Ministério da Saúde hoje o Brasil conta com 5.628 conselhos, sendo que são 5.565 municípios e 26 Estado mais o Distrito Federal.

Cada conselho e conferência de saúde deve estabelecer suas normas em regimento próprio aprovado pelo respectivo Conselho.

Na prática da política de saúde, essas instâncias colegiadas têm maior força de atuação em âmbito estadual e municipal, bem como no estabelecimento do diálogo com o nível federal, assumindo importante papel na definição das políticas setoriais, pois, dadas as características da política, é ampla sua margem de atuação – apesar da definição de diretrizes e princípios em âmbito nacional, nos estados e municípios – justamente para que mudanças, inovações e revisões sejam incorporadas de acordo com a demanda e a realidade local.

Assim, a descentralização e a participação funcionam *pari passu* como uma estratégia para a incorporação do *incerto*, do *indeterminado* e dos atores envolvidos no *fazer da política* (processo de formulação e produção/implementação) e de suas diferentes concepções de justiça, de projeto político e, principalmente, de necessidades em saúde.

Enquanto procedimento, a descentralização e a participação atendem também à exigência de *justiça substantiva* apontada por Rothstein como condição para o reconhecimento da política pública pelos cidadãos e para a garantia da justiça de seus resultados, já que, em espaços como esses, é possível incorporar o debate na elaboração da política.

De acordo com a definição legal sobre a atuação dessas instâncias, elas envolvem, ao menos, o que chamarei aqui de *três exigências democráticas* diferentes: a deliberação, com poder de participar das decisões sobre a gestão da política; o controle, exercido através da fiscalização dos atos dos gestores públicos e produtores da políticas, e a *accountability*, buscando a prestação de contas e a transparência dos atos da instituição.

Após a Lei 8.142/90, no decorrer das Conferências de Saúde realizadas nos anos

1990 e 2000, outras Resoluções¹⁴⁴ foram aprovadas com o intuito de solucionar questões surgidas no processo de implementação dos conselhos, o que na maior parte dos casos, aconteceu em dissonância com seu desenho e com as expectativas nele depositadas. Isso gerou uma série de “falhas” que costumam ensejar análises preocupadas com aquilo que não deu certo, análises em negativo¹⁴⁵, tanto por parte daqueles que estão envolvidos diretamente no processo, o que emerge nos relatórios das conferências, como por parte dos estudos sobre a dinâmica dos conselhos.

Sobre essa tentativa de inferir a realidade da Lei, Côrtes (2009) ressalta:

“Ao elevar diretrizes legais administrativas ao estatuto de parâmetro metodológico, entra-se em contradição com proposições teóricas e evidências empíricas. As normas estabelecidas em lei ou por meio de decisões administrativas nos níveis federal, estadual e municipal constituem-se em dispositivos normativos que podem criar regras – e, em geral, criam-nas – que se transformam em instituições que orientam a ação dos atores. Mas as regras ou instituições que, de fato, estruturam a maneira como se estabelecem as relações sociais e o processo de decisão sobre as políticas públicas em sociedades contemporâneas são constituídas também por meio de um conjunto de outros condicionantes. Existem outras influências normativas, além da legal e da administrativa, tais como a permanência de regras tradicionais de ação e de relacionamento entre atores. Há ainda que se considerar que os atores envolvidos têm interesses, ideias, defendem valores e refletem sobre oportunidades abertas ou caminhos fechados para a aceitação ou recusa de propostas pelos decisores políticos governamentais.” (CÔRTEZ, 2009, p.105)

¹⁴⁴ Temos a Resolução nº 33/1992, fruto da 9ª Conferência Nacional da Saúde, que estabelece as regras de criação e composição dos conselhos e suas competências; em seguida, a Resolução 333/03, decorrente de Encontros e Planárias Nacionais de Conselhos de Saúde, novamente reordena a composição, estrutura e funcionamento dos Conselhos e, mais tarde, o Decreto Presidencial 5939/06 regulamenta a eleição do Presidente do Conselho Nacional de Saúde pelos membros da plenária, regulamentação que se estende a todos os demais colegiados. Para uma historização desse processo, c. f. LABRA, 2009.

¹⁴⁵ Como já vimos na crítica de Rothstein à análise de políticas públicas, isso se aplica também à análise das políticas públicas em geral. A distância entre o desenho, normas e objetivos da política e os resultados obtidos no processo de implementação são inerentes às características da política, que é constantemente transformada por sua prática.

Conforme demonstram os relatórios das Conferências de Saúde, preocupou os membros dos colegiados justamente o baixo impacto de sua atuação na governança setorial, bem como questões como o baixo comprometimento dos gestores para com as decisões deliberadas pelo conselho e a baixa rotatividade dos membros dos conselhos – pois acabam sendo sempre as “mesmas pessoas” que participam, já que o envolvimento com esses conselhos exige um comprometimento político a que poucos estão dispostos e um conhecimento técnico que poucos possuem. Além disso, também foi alvo de preocupação a eleição dos membros dos colegiados e sua representatividade perante o grupo ou associação em nome do qual age, pois verificou-se que são poucos os retornos que os representantes dão às bases sobre as resoluções dos colegiados. (LABRA, 2009)

Como ressalta Labra (2009), os relatórios das Conferências de Saúde, principalmente da 9^a, 10^a, 11^a, 12^a e da 13^a, analisadas pela autora, enfatizam, ao longo dos anos, praticamente as mesmas questões. A conferência de 1992 preocupa-se em reforçar a importância dos Conselhos e o caráter democrático do controle social, voltado para a transformação social via o poder da população de modificar planos e políticas. Dessa Conferência, temos a Resolução 33/92¹⁴⁶, que estabelece uma longa lista de competências dos colegiados, resolução essa que é revogada pela Resolução 333/03¹⁴⁷, aprovada pela Centésima Trigesima Sexta Reunião Ordinária do Conselho Nacional da Saúde realizada em 03 e 04 de novembro de 2003. A décima conferência, em 1998, já assume outro tom, trazendo as incompletudes dos conselhos, reivindicando a ampliação de suas competências e a obrigação de os gestores respeitarem as deliberações do conselho e reforço do controle social via novos órgãos de participação, além da ingerência tanto nas contas financeiras, como nos serviços do SUS e contratados.

¹⁴⁶ Disponível em:

http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/controle/resolucao_CNS_333.pdf, acesso em 12/12/2012.

¹⁴⁷ Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm, acesso em 12/12/2012.

Em 2001, na 11ª Conferência, o tom é mais *sombrio* sendo que os membros colegiados desenham um cenário desastroso quanto ao funcionamento dos conselhos. Fala-se na falta de representatividade dos conselheiros, sendo estes desarticulados de suas bases, desmotivados e ausentes das reuniões, omissos, incapacitados de cumprirem com seu papel e, frequentemente, indicados clientelisticamente. Tudo isso, nos termo do relatório: *dentro de um contexto de desorganização da sociedade civil*. (LABRA, 2009, p.187)

Na conferência seguinte, em 2003, o relatório aponta que, apesar de se atestar os avanços vivenciados pelos conselhos, ainda permanecem carências como: o não exercício do caráter deliberativo dos conselhos, condições de infraestrutura e operacionais precárias, a falta de outras formas de participação e de uma cultura de transparência e de divulgação de informações da administração pública e, novamente, o problema da baixa representatividade dos conselheiros.

Na 13ª Conferência, em 2007, as mesmas antigas reivindicações estão presentes, dentre elas, a mais importante é por impossibilitar a inocuidade das deliberações, sendo a demanda central a de que o não cumprimento das deliberações do Conselho seja sujeito a sanções legais. O relatório estipula, por exemplo, que é preciso:

“Assegurar que as resoluções dos conselhos de saúde sejam homologadas pelo respectivo gestor no prazo máximo de quinze dias a contar da data de seu encaminhamento e, quando do não cumprimento desse prazo, que os conselhos encaminhem representação formal ao Ministério Público, para as providências cabíveis. [...] os conselhos de saúde devem se articular com os Ministérios Públicos para a implementação de ações relativas à garantia de suas deliberações [...] que o Conselho Nacional de Saúde e os conselhos estaduais e municipais, em parceria com os entes federados [...] devem criar uma comissão permanente para monitorar a implementação das propostas deliberadas pelas conferências gerais e temáticas, realizando plenárias permanentes de avaliação com ampla participação popular e divulgação das informações pelos vários meios de comunicação.” (apud LABRA, 2009, p.189)

O cenário que podemos inferir dos relatórios das conferências é, no mínimo, desalentador. Desalentador também é o tom de muitas análises dos rumos dos espaços de participação, da cidadania e da democracia brasileira no fim dos 1990 e nos anos 2000 (SZWAKO, 2009). Estamos diante da “constatação da falência” do projeto democrático em face de uma realidade tomada pela inevitabilidade neoliberal esvaziada da política.

É de se esperar que as Conferências estejam voltadas para a discussão de problemas e idiossincrasias da política, mas da política de saúde como um todo. O tom marcado pelas preocupações em torno da legitimidade dos conselhos é também indicativo da expectativa, fruto da aposta política de toda uma geração que associou a democracia e seus procedimentos à justiça social.

É também indicador da importância e do peso da participação dos representantes das entidades civis nas Conferências de Saúde, considerando que tais questões são postas em debate justamente por eles. Côrtes (2009, p.122) mostra que os atores das “entidades sociais/civis” têm grande influência, tanto nos Conselhos como nas Conferências, sobre as decisões tomadas, sendo que, em alguns conselhos, chegam a ocupar posições *predominantes na estrutura de relações sociais configurada nos conselhos*.

Participam dos conselhos uma ampla gama de atores: os ligados ao Estado, como os atores governamentais, gestores da política de saúde e profissionais da saúde, além aqueles envolvidos com a produção da política governamental; os representantes do setor privado e os representantes de associações, movimentos sociais, ONGs, igrejas e entidades de portadores de patologias específicas, por exemplo. É interessante notar que essa pluralidade de atores está prevista em Lei, como parte das Diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde na resolução 333/03. Abaixo reproduzo parte da terceira diretriz, que dispõe sobre a organização dos conselhos:

“I - O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei.

II - Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma: a) 50% de entidades de usuários; b) 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde; c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

- a) de associações de portadores de patologias;
- b) de associações de portadores de deficiências;
- c) de entidades indígenas;
- d) de movimentos sociais e populares organizados;
- e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) de entidades de aposentados e pensionistas;
- g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) de entidades de defesa do consumidor;
- i) de organizações de moradores;
- j) de entidades ambientalistas;
- k) de organizações religiosas;
- l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;
- m) da comunidade científica;
- n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) entidades patronais;
- p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;
- q) de Governo.” (BRASIL. Resolução nº 333, de 04 de novembro de

2003)

A Resolução 333/03 é fruto dos problemas enfrentados no cotidiano dos

conselhos, bem como de uma ampla discussão sobre a Resolução 33/92 que se deu no âmbito das plenárias dos Conselhos de Saúde e ampliou consideravelmente o espectro de “representantes” e entidades participantes dos Conselhos de Saúde nos níveis Federal, Estadual e Municipal. Trata-se, claramente, de uma tentativa de aprofundar a representatividade e o poder de atuação dos membros advindos das entidades sociais, principalmente nos conselhos estaduais e municipais.

Aqui, é como se a coerção exercida pela Lei sobre os gestores – Secretários de saúde responsáveis pela homologação dos atos dos conselhos e implementação das recomendações e das proposições deliberadas – fosse capaz de garantir a efetividade das deliberações dos conselhos. Mas, como vimos, a ineficácia da estratégia é constatada e, em 2007, estabelece-se prazo e punição ao gestor, conectando o conselho de saúde aos Ministérios Públicos, em face do sistemático desrespeito do gestor perante as deliberações dos conselhos.

Retomo, neste ponto, alguns aspectos já trabalhados em capítulo anterior sobre a democracia e a justiça.

Na realidade, são grandiosos e difíceis de cumprir os deveres das instâncias colegiadas estabelecidos no âmbito da política de saúde, de modo que as estratégias legais adotadas para forçar/obrigar seu cumprimento podem ter um efeito negativo, pois, por um lado, conselhos podem ser (e são) simplesmente criados pró-forma, já que o repasse de verbas federais está atrelado a sua existência e, por outro, é preciso avaliar até que ponto a conexão conselheiros/Ministério Público não acirra o “embate” entre os conselheiros e os gestores, pois ambos criam estratégias não só para pautar a discussão como para a efetividade de suas deliberações.

Os gestores públicos estão habituados a um processo de tomada de decisões que valoriza a expertise, um discurso técnico sobre a política que nem sempre é condizente com as opiniões que a população “representada” pelos conselheiros tem sobre os mesmos temas/dilemas. Isso é somado a um complexo processo de negociação em torno de demandas que envolvem outros atores diretamente envolvidos ou que têm

influência sobre a política, mesmo não sendo parte diretamente integrante dos conselhos.

A fala dos colegiados da saúde não é a única nessa arena de negociações, de modo que tentar impô-la na elaboração/organização da política via sanções e coerções legais contraria a própria noção de deliberação, que implica negociação política em torno dos diferentes interesses em jogo. Essa negociação extrapola os limites dos conselhos, espaço no qual a fala oriunda de representantes das entidades sociais é hipervalorizada, como se ela fosse a expressão mais correta ou socialmente justa sobre os rumos da política.

Outro aspecto que não podemos minimizar é a valorização atribuída à participação pelos próprios membros dos conselhos e, por extensão, por aqueles a quem representam. São muitos os grupos, entidades e comunidades que têm “cadeira” nesses conselhos – fruto de uma tentativa de fazer a política abarcar o maior número possível de demandas – cada qual com interesses e reivindicações (por vezes, muito) específicas. A participação é uma estratégia para se fazer ouvir e, como são cada representante e seus respectivos representados que constroem essa estratégia, ela terá impactos diferenciados e particulares de um conselho para o outro, o que nos leva a avaliar um conselho como melhor sucedido que o outro.

Esses pontos representam barreiras para o estabelecimento e plenitude dos conselhos de saúde no exercício da deliberação, do controle e da *accountability*, mas também não podemos simplesmente daí inferir a não efetividade desses espaços. Sua simples existência já denota um avanço inegável no fazer da política. Seus resultados precisam ser avaliados considerando as influências internas e externas sofridas pela política, sujeita as trocas de gestores, de plataformas e de planos de governo; as mudanças sociais que incidem sobre o padrão e sobre o gradiente de saúde entre as pessoas e grupos; os padrões epidemiológicos e, finalmente, o embate de projetos políticos presente nesses espaços. Ou seja, o sucesso dos conselhos precisa ser avaliado muito mais pelo seu impacto sobre a política do que a partir das expectativas

“normo-legais” que embasam sua atuação.

8. 5 - Pontos e o nó da questão

Tentei trazer, neste capítulo, as noções centrais nas quais se baseiam o direito à saúde e seu processo de construção. O esforço foi o de chamar atenção para a ausência de um consenso no que diz respeito ao princípio de justiça que orienta o desenho do SUS e também para o fato de que essa falta de consenso já estava presente no Movimento Sanitário e no processo da constituinte.

Para avaliarmos a justiça dos resultados é preciso saber qual é o princípio de justiça almejado e por quais procedimentos ele se concretiza.

No cenário brasileiro, a luta por um sistema de saúde público, por sua gestão descentralizada, pela participação da população nele, bem como a reforma no modo como era praticado o financiamento à saúde, foi colocada como um processo necessário para alcançarmos mais justiça ou, melhor dizendo, equidade em saúde.

Entretanto, como vimos, embora a equidade estivesse presente como utopia e demanda, construída pelo projeto de saúde publicista, o projeto privatista defendia a dimensão do indivíduo, seu direito a escolher entre os tratamentos disponíveis e com quais médicos – o que acontece no setor complementar – e advogava os direitos e interesses daqueles que já liam a saúde pela chave da mercadoria.

A verdade é que o acordo ao qual se chegou não modificou a estrutura causadora das desigualdades em saúde, pois manteve (1) o direito à saúde dentro da chave da seguridade social, fiel a uma ordenação que sempre diferenciou indivíduos e grupos de indivíduos entre si e que, indiretamente, juntamente com a face privada da saúde, permite argumentos como o do direito programático e (2) a dimensão do indivíduo fortemente presente, principalmente através da noção de bem-estar tal como está na Lei.

O pobre, mesmo que portador de um status de igualdade política, ainda não é

considerado como sujeito portador de direitos, de modo que sua relação com o sistema de saúde ainda não se baseia no reino da cidadania. São indivíduos que têm pouca referência quanto às diferentes possibilidades/formas de prestação de serviços de saúde para serem capazes de formar uma opinião que lhes permita questionar a lógica e a qualidade dos serviços que lhes são oferecidos. Estabelecendo uma relação de paternalismo com o SUS, não formam a identidade necessária para combater a ideia de que o SUS é um sistema de saúde para pobres.

Por esse viés, a universalidade não se sustenta, já que ela pressupõe uma igualdade cidadã que não se concretiza, fazendo que os serviços de saúde fornecidos pelo Estado, independentemente de contrapartida financeira, acabam sendo relegados à categoria de serviços de “segunda mão”, interpretados como assistencialismo para aqueles que precisam, porque há, aqui também, um viés de *status social*, dado também pela oposição sistema público x sistema complementar, do qual tratarei no próximo capítulo.

A integralidade e a igualdade são postas em xeque durante a prática da política a partir de uma zona de indefinição, fruto das lacunas jurídicas que analisamos acima. Os projetos políticos em disputa, predominantemente o “democrático” – sustentado pela proposta publicista – e o “neoliberal” – sustentado pela proposta privatista – fazem uso dessa lacuna que apresenta de forma dúbia os princípios de justiça em jogo.

A ideia de igualdade também é problemática em si. Seria melhor que fosse a ideia de equidade de acesso a escolhida para orientar as ações em saúde. Cidadãos iguais devem ter garantida equidade de acesso, e não igualdade de acesso, aos serviços de saúde.

Semanticamente, igualdade e equidade até podem, em determinado momento, remeter à mesma ideia¹⁴⁸, mas, filosófica e juridicamente, não. Podemos afirmar que os

¹⁴⁸ Definição de Igualdade: 1. Qualidade ou estado de igual; paridade. 2. Uniformidade, Identidade. 3. Equidade, Justiça. (...) Fonte: Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. (2004). Ou, Segundo o Grande Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa: **1.** fato de não apresentar diferença quantitativa, Ex.: i. de salário **1.1.** Rubrica: matemática. relação existente entre duas grandezas iguais; fórmula que exprime esta relação. **2.** fato de não se apresentar diferença de qualidade ou valor, ou de, numa comparação,

homens são iguais perante a lei, mas falar em igualdade de distribuição de recursos e bens sociais nos coloca uma tarefa demasiadamente ambiciosa e problemática, que pode não vir a garantir a justiça social. Equidade remete à dimensão da justiça, inclusive semanticamente, *como disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um*¹⁴⁹; *como apreciação, julgamento justo*¹⁵⁰.

Não por acaso, John Rawls fala em “equidade” – no inglês, *justice as fairness* – pois o que ele busca é a uma estrutura básica que garanta a distribuição de bens o mais justa possível, justiça que não está necessariamente na igualdade, mas, sim, em ter um ponto de partida comum que garanta o desenvolvimento posterior do indivíduo.

Já tratei anteriormente a questão do tratamento igual e suas implicações para a relação entre Estado e Indivíduo, inclusive em welfare states, preocupação presente na reflexão de Bo Rothstein. Tomar a igualdade como ponto de partida também implica em intervir nos valores e crenças das pessoas, o que não queremos em uma sociedade liberal, democrática e justa, pois essas noções são constituintes da pluralidade e não impedem a formação de consenso em torno de concepções políticas de justiça, sendo perspectivas que se referem ao papel dos cidadãos, enquanto tais, quando em relação entre si e com as instituições da estrutura básica.

Apesar da concertação que marcou a cena política em meados dos anos 1980, necessária para a consolidação da Constituição, o consenso construído em torno dos princípios políticos de justiça talvez não tenha sido moralmente forte o suficiente. Temos, como resultado, um cenário no qual cada projeto político em jogo conseguiu pautar parte de suas reivindicações que foram apenas aceitas pela outra parte, mas sem que isso implique ter alcançado uma concepção pública compartilhada. (GARGARELLA, 2008)

mostrar-se as mesmas proporções, dimensões, naturezas, aparências, intensidades; uniformidade; paridade; estabilidade Ex.: <i. de oportunidades> <i. de pulso> 3. princípio segundo o qual todos os homens são submetidos à lei e gozam dos mesmos direitos e obrigações. 4. estado de uma superfície plana. Ex.: i. de um terreno. – Conteúdo on-line, disponível em: <http://houaiss.uol.com.br/busca.jhtm?verbete=igualdade&styp=k>, consulta em 25/10/2012.

¹⁴⁹ Fonte: Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. (2004)

¹⁵⁰ Fonte: Grande Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, disponível em: <http://houaiss.uol.com.br/busca.jhtm?verbete=eq%FCidade&cod=79322>

Nesse ponto, um texto legal abrangente acaba por permitir a confluência perversa da qual nos fala Evelina Dagnino.

A disputa entre diferentes projetos políticos e suas correspondentes concepções de bem sempre estará presente nas instituições de uma sociedade democrática. No caso do direito à saúde no Brasil, os princípios de justiça que justificam a existência de um sistema de saúde público ainda estão em disputa, juntamente com os projetos políticos que, no cotidiano da política, participam da definição dos serviços que serão prestados e de sua distribuição dentre todos os cidadãos brasileiros portadores do direito à saúde.

Portanto, a universalidade e o dever do Estado de prover os serviços de saúde são postos em xeque pela noção de seguridade social na qual a saúde se enquadra por uma métrica imprecisa de sua definição como bem-estar que individualiza e subjetiviza. A integralidade também é colocada em xeque por essas razões, mas, principalmente, pelo princípio da igualdade que a transforma em um objetivo irreal.

Entretanto, não podemos ignorar o potencial e a força igualitária dos princípios escolhidos como definidores do SUS e da saúde. A universalidade, a integralidade, a igualdade e o dever do Estado de prover os serviços de saúde remetem a uma noção de igualdade humana fundamental, bem como para a necessidade de garantirmos a saúde das pessoas indiscriminadamente, pois se trata de garantir também sua plenitude como cidadãs e, em última instância, como seres humanos. Essa é a gramática instaurada como medida de justiça na ordenação social brasileira da qual nos fala Vera Telles e que não pode ser ignorada.

IX - Saúde entre o Público e o Privado

Neste capítulo, sigo a análise do desenho do SUS, articulada com questões trazidas pela prática do sistema, agora me focando na relação entre o público e o privado e como ambos se definem e se estruturam.

Este é um ponto nodal, apontado por muitos estudiosos dos SUS, de diversas áreas, como um dos grandes problemas do sistema: como as obrigações e funções são distribuídas? Como se dá o financiamento e a distribuição de verba pública e de incentivos entre os setores privado e público e, neste último, entre os serviços públicos e complementares? Quais as diferenças de qualidade e qual é a natureza do jogo de forças entre ambos?

Já vimos no capítulo VI que há uma clara desigualdade no acesso a serviços de saúde quando o quesito em questão é a qualidade do mesmo, bem como no montante per capita investido nos setores público e privado, desigualdade que só aprofunda as assimetrias já existentes em saúde, mas, precisamos lembrar, que se estendem para os demais âmbitos da vida e relações na sociedade brasileira.

Se a definição de saúde como bem-estar e sua relação com a seguridade social remetem, ao mesmo tempo, a uma lógica utilitária e àquela dos welfare states, no caso brasileiro, a manutenção e o reconhecimento legal da saúde como um bem a ser oferecido pelo setor privado, somados ao incentivo às organizações sociais em saúde e à consequente terceirização da prestação de serviços e dos profissionais da saúde via parcerias público-privado, estão em consonância com a moralidade deontológica, com o discurso neoliberal, e com um modelo de sociedade que Michael Sandel (2012) denomina de “sociedade de mercado”.

Ao mesmo tempo em que os direitos sociais são reconhecidos e o que Estado precisa ser reorganizado para que possa prover as políticas públicas necessárias para a sua garantia, ganha destaque o discurso do Estado como um ente ineficiente e dispendioso, cujo trabalho caracteriza-se pela ausência de qualidade.

Na contramão da Constituição Cidadã e da reforma estatal por ela demandada, o Estado brasileiro vivencia, no decorrer do anos 1990, uma reforma administrativa, encampada em nível federal em 1995, no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), que visava à construção de um Estado Mínimo, formado por gestores ao invés de burocratas e que executaria apenas as tarefas que lhe fossem exclusivas. (De MARIO, 2011)

É nesse cenário que se fortalece a disputa entre o setor o público e o privado, entre o ideário democrático e o neoliberal e, mais, entre princípios de justiça antagônicos, disputa que teve efeitos nefastos para o direito à saúde e a justiça social.

O chamado setor privado na saúde tem dois âmbitos de atuação: um é através da livre prestação de serviços que não integram o SUS, mas, sim, são seus concorrentes e o outro é através de serviços que integram o setor público através de convênios e contratos de prestação de serviços.

Pensar a relação que se estabelece entre o público e o privado na saúde implica pensar como o paradigma de saúde que orienta e é orientado pelos princípios do SUS surge nessas duas faces do sistema que disputam entre si para angariar da sociedade uma imagem de credibilidade e qualidade na prestação de seus serviços. Essa disputa se assenta no discurso público sobre uma eficiência que remete a lógica dos mercados, do lucro, da velocidade e do uso da máquina e da tecnologia, bem como sobre um padrão de relação com o corpo e de entendimento da dupla doença-cura que inclui o papel do médico e do paciente.

Essas noções interconectam-se, nascem e deságuam nas noções de pessoa e de justiça social, que são, de certo modo, a razão pela qual organizamos nossas instituições de uma forma e não de outra.

Apenas para fins didáticos – porque, na prática, não é possível pensarmos o privado, o público e o setor complementar separadamente – farei a análise que se segue em duas partes: a primeira focada no setor privado, na maneira como ele aparece e é estabelecido pela LOS, a segunda, nos setores complementar e público.

Finalizo buscando as conexões entre ambos e suas implicações.

9. 1 - O Setor Privado: saúde como mercadoria

Retomo, neste ponto, a leitura das Leis que definem o SUS. Reinício pelos artigos 7º da LOS e 198 da Constituição, já citados anteriormente.

O Art. 7º estipula:

“Art. 7º *As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no [art. 198 da Constituição Federal](#), (...)*¹⁵¹” (BRASIL. Constituição, 1988. [grifo meu])

Até aqui, quero apenas reter a ideia de que os serviços públicos e privados que integram o SUS deverão seguir tais diretrizes e princípios. A esse respeito Carvalho e Santos (2006) ressaltam que os serviços privados de assistência à saúde “se subordinam à normatividade do poder público” por tratar-se de serviços de relevância pública.

A Lei prossegue, definindo como os serviços executados pelo SUS devem ser organizados; sua distribuição de tarefas, competências e atribuições entre os diferentes âmbitos de governo; a criação de comissões e conselhos e suas respectivas funções, até chegar ao *Título III Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde*, que regulamenta a prestação dos serviços de saúde pelo setor privado.

O artigo 199 da Constituição tem a seguinte redação:

“Art. 199. **A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.**
§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar

¹⁵¹ O artigo prossegue estabelecendo as diretrizes e princípios do SUS, alguns já trabalhados no capítulo anterior, por isso optei por não transcrever o artigo em sua íntegra neste momento.

do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.” (BRASIL. Constituição, 1988.)

A LOS está em consonância com o que está estabelecido na Constituição, detendo-se a detalhar melhor os parágrafos do artigo Constitucional e a regulamentar o modo como se dará a participação do setor complementar.

“Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção

nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.” (BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.)

Os serviços prestados pelo setor privado devem ser controlados e fiscalizados pelo setor público, atividade que é de competência dos três níveis de governo, conforme os artigos 15¹⁵² e 16 da LOS. À União, direção nacional do SUS, compete editar as normas gerais; aos Estados, direção estadual, cabe suplementar as normas gerais; aos Municípios, cumpre elaborar as normas de interesse local e *controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde*, conforme disposto no art.16 XI.

A fiscalização dos planos e seguros de saúde é de competência da Agência Nacional de Saúde (ANS)¹⁵³, criada em 2000 pela Lei 9.961/00¹⁵⁴. A ANS é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional na regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar à saúde, com a finalidade de promover, em face desta, o interesse público.

Já os planos e seguros de saúde são regulamentados pela Lei 9.656/98¹⁵⁵. A lei define o escopo de atuação dos planos de assistência à saúde, conforme o texto legal:

“Art. 1º (...)

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e

¹⁵² Conforme disposto no Art. 15. XI – elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública.

¹⁵³ Para mais informações ver: <http://www.ans.gov.br>.

¹⁵⁴ Lei disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm, consulta realizada no dia 20/11/12.

¹⁵⁵ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm, consulta realizada no dia 20/11/12.

atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, *visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor*, ([Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001](#))” (BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. [grifo meu])

Os serviços a serem garantidos pelo setor privado devem se pautar pelo plano-referência de assistência à saúde, abrangendo a cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos clínicos e cirúrgicos (com padrão de enfermagem, com disponibilidade de centro de terapia intensiva quando a internação hospitalar se fizer necessária) voltados para as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da OMS, bem como abrangendo o oferecimento de assistência odontológica. O texto legal segue especificando como deve ser a atuação dos planos de saúde em cada uma dessas situações, o que não pretendo pormenorizar aqui. Podemos, neste ponto, já chamar a atenção para o primeiro grande impasse colocado pela Lei: **criam-se dois sistemas concorrentes, o público e o privado, pois o último pode oferecer os mesmos serviços que o primeiro.**

Aquilo que é direito em um setor é mercadoria no outro. Se o direito fala ao cidadão, a mercadoria, ao consumidor, o que basta para sabermos que estamos partindo de definições divergentes de pessoa/cidadão e de justiça social. O paradoxo central reside na ideia contida na Lei de que a possibilidade de serviços de saúde serem fornecidos pelo setor privado não retira da saúde seu caráter primeiro de direito universal. A realidade é que, tal como está construída a Lei, a “noção do direito à saúde como um bem fundamental da cidadania” perde centralidade e se esvazia de sentido. Mais difícil ainda é – nesse molde – pensar a saúde na lógica liberal-igualitária, como nos propõe Norman Daniels.

Constrói-se um embate pela realização do direito universal à saúde que carrega,

em seu cerne, importantes questões morais a serem enfrentadas, com reflexo na organização e realização da política, colocadas pela moralidade deontológica, pelo ideário neoliberal e pela lógica dos mercados.

9. 1. 1 - A moralidade Deontológica e a lógica Neoliberal

A moralidade deontológica está contida na argumentação libertariana de Robert Nozick e na neoliberal de Friedrich Hayek. Trata-se de uma ética moral estritamente individual voltada para o cumprimento das normas e leis com constrações que definem o que o indivíduo *não deve fazer*. Ao deontologista, importa a ação individual, portanto, uma injustiça é identificada quando alguém age de maneira a infringir o direito de outrem ou a causá-lo sofrimento. Tal concepção dificulta, e pode até impossibilitar, a percepção de injustiças provocadas pelo arranjo institucional, o que depende do entendimento de uma responsabilidade coletiva inexistente na moral deontológica.

Em Nozick, o mercado livre não é um instrumento que pode ser usado para maximizar a felicidade das pessoas, como no utilitarismo, ou para minimizar o perigo da tirania, ou seja, do poder de dominação do Estado, como no neoliberalismo de Hayek, em que as liberdades capitalistas são necessárias para garantir nossas liberdades civis e políticas. Como afirma Kymlicka (2006), em Hayek, as pessoas têm direito à propriedade como uma maneira de estabilizar a democracia, de modo que, se pudéssemos fazê-lo de outra maneira, então os direitos de propriedade poderiam ser legitimamente restringidos. No libertarianismo, tais direitos não podem ser, de maneira alguma, restringidos.

Tal como Rawls – e, aqui, acabam as semelhanças – Nozick também se apoia na noção kantiana de que os indivíduos são fins em si mesmos, não podendo ser utilizados como meio para melhorar a vida dos demais. Por isso, defende certos direitos básicos que não podem ser violados ou deturpados em favor do bem estar de outrem.

Como para Nozick o princípio de equidade é condenável, esse autor pergunta:

porque indivíduos livres portadores de direitos aceitariam se submeter a obrigações e restrições impostas por outro grupo de indivíduos? Quando você é o menos beneficiado em um acordo, mesmo que não seja essa a sua condição, porque seria obrigado a cumpri-lo?

O autor usa como exemplo de seu argumento a suposição de uma vizinhança que decide instalar um sistema de alto-falantes e instituir um sistema público de entretenimento no qual cada indivíduo do bairro deverá dedicar-se pelo menos em um dia do ano a trabalhar na rádio. Nozick pergunta: porque você deveria fazê-lo quando chegar a sua vez? Mesmo que você tenha usufruído da programação e se todas as outras pessoas cooperaram, porque deixar de fazer algo que você considera importante ou valioso para cumprir seu dia na rádio? E se você não gostasse do serviço e preferisse ter acesso a outra forma de entretenimento? A resposta de Nozick quanto à obrigação de atender a sua vez é *não*, pois você não é obrigado a abrir mão de um dia de trabalho, por exemplo, para fazer a rádio funcionar, até mesmo porque a “ideia de que os custos individuais desta cooperação seriam compensados pelos benefícios proporcionados às outras pessoas é aparente” e, se você não concorda com uma instituição, ao oferecer a ela sua cooperação, está colaborando para que se torne cada vez mais difícil mudá-la ou alterá-la.

O princípio da equidade, para Nozick, é algo temível e condenável, pois deturpa um princípio que o autor considera essencial, o de *autopropriedade*. Para o autor, as teorias igualitárias permitem “direitos de propriedade parciais sobre outras pessoas”. (GARGARELLA, 2008)

Desse raciocínio advém a defesa pelo Estado Mínimo, estado que não violaria os direitos de auto-propriedade.

O libertarianismo afirma a justiça do mercado a partir da “teoria da titularidade”. A ideia é que, se todos são titulares dos bens que possuem, então justa seria qualquer distribuição proveniente de trocas livres e justas no mercado. Há três princípios fundamentais para a realização dessas trocas: o primeiro define que qualquer coisa

adquirida justamente poderá ser transferida livremente; o segundo, um princípio de aquisição inicial justa, descreve como as pessoas podem inicialmente possuir coisas que poderão ser transferidas de acordo com o primeiro princípio e o terceiro, da retificação da injustiça, define como lidar com as posses que forem injustamente adquiridas ou transferidas. Ser titular significa, portanto, ter um direito absoluto de dispor livremente de suas posses. Desde que não envolva fraude nem força, cada um é livre para fazer o que quiser com seus recursos.

Nozick sustenta sua argumentação procurando, por um lado, revelar as características atraentes do livre exercício dos direitos de propriedade e, por outro, buscando derivar os direitos de propriedade de uma premissa de “posse de si mesmo”.

Dessa maneira, como nos mostra Álvaro de Vita (2007), a proposição central da teoria libertariana pode ser apresentada da seguinte forma: 1) todo indivíduo é o proprietário moralmente legítimo de si próprio (de seu corpo e de seus talentos e capacidades); 2) todo indivíduo é o proprietário moralmente legítimo de tudo aquilo que obteve empregando seus próprios talentos e capacidades e/ou por meio da cooperação de outros, de transações voluntárias e de contratos válidos com outros, também proprietários legítimos de si mesmo. Então o autor comenta:

“Dizer que cada pessoa tem um direito moral àquilo que possui tem uma implicação normativa muito forte: ainda que a desigualdade de condição que resulta de um processo em que 1 e 2 são satisfeitas seja gigantesca, ninguém, em particular a autoridade política, está (moralmente) autorizado a interferir nesse direito. Fazer isso – por exemplo, por meio de taxaço redistributiva, de transferências e de políticas públicas voltadas para reduzir a desigualdade de condição – significa cometer uma injustiça.” (VITA, 2007, p.60)

Vita (2007) destaca uma citação de Nozick em que fica bem claro qual a sua concepção de direito:

“A posição sustentada por esse defensor do Estado ultramínimo será consistente se sua concepção de direitos estabelecer que forçar você a contribuir para o bem-estar de outros viola seus direitos, ao passo que, alguém deixar de provê-lo de coisas de que você necessita, até mesmo daquelas essenciais à proteção de seus direitos, isso por si só não é uma violação dos direitos que você tem, mesmo que em razão disso [isto é da omissão mencionada acima] a violação desses seus direitos por alguma outra pessoa não seja dificultada.” (NOZICK, 1974, apud VITA, 2007, p.35,)

Para Nozick, a liberdade é derivativa da não violação do direito de propriedade sobre si próprio e sobre recursos externos, pois ela consiste no direito de cada um poder fazer o que desejar com os recursos que possui.

O Estado Mínimo defendido por Robert Nozick é aquele que não viola os direitos de nenhum dos indivíduos. Por direitos, Nozick compreende apenas aqueles que estão fundamentados na propriedade de cada um sobre si próprio, um direito natural voltado a garantir que cada um tenha as condições necessárias para levar uma vida significativa.

A redistribuição de renda ou a definição de direitos sociais – tais como os estipulados por nossa Constituição – caracterizam uma violação dos direitos fundamentais das pessoas, cujos bens são frutos diretos de seu trabalho ou das trocas justas realizadas no mercado livre. Dessa forma, o Estado, ao buscar igualdade, estaria perpetrando uma violação desses direitos.

O indivíduo, por sua vez, tem obrigação para com deveres negativos, ou seja, deve atender a restrições tais como: não mate, não roube e não viole seus contratos. Não há a exigência de que o indivíduo deva se empenhar em evitar que essas coisas ocorram no mundo: ele tem a obrigação de não fazer, mas não de agir para que tais atos não sejam praticados. *A consequência desse argumento é que não causamos diretamente as privações alheias, portanto, não somos positivamente responsáveis por elas.*

Dessa maneira, cabe ao Estado assegurar apenas a liberdade negativa das pessoas, devendo garantir que ninguém interfira nos direitos básicos de cada um.

Essas pessoas, dessa forma, não têm obrigação alguma de fornecer algo aos indivíduos que lhes garantam realizar seus planos de vida.

Do mesmo modo que as posses de uma pessoa não podem ser colocadas à disposição para garantir o bem estar de outra, com base no princípio da autopropriedade, Nozick afirma que os talentos e esforços de uma pessoa também não podem ser usados em benefício de outra, pois essa postura caracterizaria uma nova forma de escravidão, e não uma organização social justa.

Já para o neoliberalismo tal como formulado por Hayek (1977), a questão da justiça social está em escolher entre um sistema no qual as “ideias de poucos” sobre o que é justo prevalecem e outro em que cada indivíduo tem a oportunidade de escolher suas preferências e de se fazer a partir de suas próprias conquistas. Se ele ganhar, mérito seu; se perder, assume seus riscos.

Para Hayek, a competição é um método superior e mais eficiente, porque dispensa o controle social consciente, ou seja, é o único no qual as atividades humanas podem se harmonizar sem precisar da intervenção coercitiva de uma autoridade. Nela, o indivíduo pode participar do jogo com condições de decidir se os bônus de determinada atividade compensam seus riscos e desvantagens.

Mas, como assinala anteriormente, a concorrência como princípio admite certo tipo de intervenção do Estado, fora da vida econômica, que auxilie o seu funcionamento, chegando a exigir determinadas formas de ação governamental, como a garantia que a concorrência seja tão eficiente quanto for possível e do fornecimento de serviços que ofereçam vantagens para a sociedade (mas não lucro), para aquele que se dispôr a empreendê-las. Eis, segundo Hayek, um campo *vasto e indisputado* para a atividade estatal.

Para o funcionamento de tal sistema, é necessário o que o autor define por Regime de Lei, uma estrutura de leis dentro da qual a atividade produtora é guiada por decisões individuais. Esse regime opõe-se ao planejamento econômico coletivista, em que a direção das atividades econômicas se dá por uma autoridade central, exigindo

que interesses de várias pessoas e grupos sejam contemplados, o que, de fato, não ocorre, porque, ao final, são as opiniões de determinado alguém que prevalecerão e determinarão quais são os interesses predominantes.

Por outro lado, no Regime de Lei, o governo limita-se a fixar regras formais estabelecendo *as condições em que podem ser usados os recursos disponíveis cabendo aos indivíduos a decisão sobre os fins para os quais eles serão aplicados, não visando as necessidades e desejos de pessoas particulares*. Dessa maneira, o poder coercitivo do Estado só pode ser usado em casos definidos de antemão, garantindo que todos possam prever de que modo ele será usado.

Entretanto, os efeitos particulares das medidas tomadas pelo Estado são menos conhecidos, pois, se conhecêssemos precisamente seus resultados, significaria que o Estado está intervindo e determinando a ação dos diferentes indivíduos, suprimindo a liberdade individual de escolha entre as diferentes finalidades de suas ações. Para que possamos criar novas oportunidades e para que as pessoas possam fazer o uso que quiserem, os resultados precisos não podem ser previstos. Hayek faz uma ressalva, afirmando que os princípios definidores do Estado Liberal não podem ser confundidos com o *laissez faire*, pois todo Estado tem que agir, o que implica intervir. A questão é que o indivíduo tem que ser capaz de prever essa intervenção e fazer uso disso em seus planos particulares.

“Resulta daí que o Estado não pode controlar o uso que se faz do seu mecanismo e que o indivíduo sabe exatamente até que ponto será protegido contra a interferência alheia, ou se o Estado está em condições de frustrar seus esforços individuais. O Estado que controla os pesos e medidas (ou impede de qualquer outro modo a fraude e o engano) é indubitavelmente ativo, ao passo que o Estado que permite o uso da violência por piquetes de grevistas, por exemplo, é inativo. Entretanto, é no primeiro caso que o Estado está observando os princípios liberais e é no segundo que ele não o faz.” (HAYEK, 1977, p.77)

No neoliberalismo, tal como no libertarianismo, os direitos e deveres dos cidadãos são pautados por prescrições negativas, que informam ao indivíduo o que ele não deve fazer. Enquanto isso, as ações empreendidas pelo Estado não devem intervir nas escolhas e ações individuais: se este cumprir seu papel, garantindo o bom funcionamento do mercado e a liberdade de cada um, os resultados da concorrência serão justos.

A diferença entre um e outro é que o neoliberalismo admite que aquelas atividades que não geram lucro mas que são importantes para a sociedade devem ser assumidas pelo Estado, bem como que este deve intervir quando o equilíbrio do sistema de concorrência estiver em risco. Não somente as medidas voltadas para a redistribuição de renda, mas também os direitos sociais não têm lugar no neoliberalismo. Por exemplo: se os serviços de saúde dão lucro, se seus bônus são maiores que os ônus para aqueles que se dispõem a empreendê-los – seja uma pessoa, seja um grupo de pessoas – então ele deve ser oferecido pelo mercado. Entretanto, quando um procedimento extremamente caro for necessário, cabe questionar se ele é imprescindível para a maioria das pessoas. Se o for, e se esse procedimento trazer mais ônus do que bônus a quem se dispôr oferecê-lo, ele deve, então, ficar a cargo do Estado.

Não é por acaso que, apesar de os prestadores privados de saúde poderem trabalhar para a promoção, proteção e recuperação da saúde, raramente vimos o setor privado prestando diretamente serviços voltados para a vigilância sanitária e epidemiológica¹⁵⁶, concentrando-se em atividades preventivas que promovem e

¹⁵⁶ O Art. 6º da LOS define vigilância sanitária e epidemiológica como se segue: “§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. § 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.” (BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.)

protegem a saúde em livre concorrência com o setor público como acontece com consultas, exames laboratoriais, diagnose e medicamentos ou através das clínicas e de serviços de medicina e de segurança do trabalho que se pretendem zeladores da saúde do trabalhador.

Quais desses serviços são lucrativos? De certa forma, o lucro também está garantido na prestação de serviços complementar ao SUS e, aqui, o setor privado assume a prestação de serviços nas diversas áreas do sistema, só que dentro do modelo da terceirização. Nesse caso, o dinheiro investido é proveniente dos cofres públicos, não se tratando de um investimento do setor privado, que conseqüentemente não assume integralmente o risco de perder. Aqueles serviços em que o risco de perda é maior e que exigem investimentos a fundo perdido, sem perspectiva de retorno em curto prazo, são assumidos pelos cofres públicos.

A reforma do Estado empreendida pelo governo FHC tinha como propósito central substituir burocratas por gestores, escolhidos por mérito, bem treinados e bem pagos, que seriam *responsáveis apenas pelas tarefas que*, como definiu Bresser-Pereira (2005), *de fato cabiam ao Estado*. Dentro da lógica da reforma,

Para evitar o desperdício, o Estado deve somente executar as tarefas que envolvem seu poder ou recursos. São elas as tarefas de controle e formulação das políticas públicas e das Leis. A execução deve ser descentralizada para agências reguladoras autônomas. Os demais serviços que a sociedade “decide” prover com os impostos devem ser terceirizados e o controle feito pelas organizações sociais. (DE MARIO, 2011, p.30)

Na prática, não é o que acontece. O Estado brasileiro assume muito mais do que a formulação e o controle das políticas públicas, embora a terceirização dos serviços seja realidade nas diversas áreas e políticas do estado, abarcando desde os serviços de vigilância dos equipamentos públicos e de manutenção até algumas tarefas que são vitais para o cotidiano da administração pública. Da mesma forma, a terceirização

também é realidade nos serviços de saúde pública.

Muitos serviços, nas diferentes áreas, são diretamente prestados pelo Estado – contrariamente ao ideário neoliberal e à reforma dos anos 1990, porém em conformidade com a Constituição de 1988 – que findou por organizar-se de forma híbrida, criando um setor de controle com agências reguladoras voltadas para o setor privado, bem como setores internos à administração, cuja função é fiscalizar os serviços terceirizados, ao mesmo tempo em que, por força da descentralização das políticas, precisou criar principalmente nos âmbitos municipais e estaduais toda uma estrutura voltada para a prestação direta dos serviços públicos.

Como não há um limite claramente estabelecido delimitando os serviços que serão prestados pelo setor privado em face de uma “cesta básica” de serviços públicos fundamentais para garantir o acesso ao direito e a realização da saúde, o setor privado delineou-se prestando serviços com retorno financeiro de curto prazo, focando-se na classe média e sustentando-se na imagem de ineficiência do setor público.

Na ordenação brasileira, o mercado privado da saúde é essencialmente composto por profissionais liberais e pelos seguros e planos de saúde. Como nos mostra Almeida (1998, p.06), em relatório de pesquisa desenvolvido no âmbito do IPEA, a relação de compra e venda se dá através tanto da compra direta pelo usuário ao prestador de serviços quanto de “contratos entre indivíduos-famílias/empresas com a medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras, além dos programas suplementares de saúde autogeridos por empresas empregadoras (públicas e privadas)”.

Segundo Almeida (1998), o mercado privado é formado:

1 - pelos serviços e segmentos contratados pelo setor público;

2 - pela Medicina de Grupo, empresas que administram planos de saúde para empresas, indivíduos e/ou famílias e que trabalham com vários tipos de planos. Oferecem serviços próprios e credenciados, sendo que algumas empresas combinam ambas as modalidades, ainda prevendo, em troca do pagamento de uma quantia maior, o uso de serviços não credenciados. Nos planos destinados às pessoas jurídicas,

normalmente, o que se tem é a adesão automática dos empregados com o custeamento feito pelo empregador, mas há casos em que os custos são rateados entre empregado e empresa, tornando opcional a adesão ao plano;

3 - pelas Cooperativas Médicas. Nelas, os médicos são sócios e prestadores de serviços ao mesmo tempo, recebendo pagamento proporcional a sua produção individual, que considera tipo e quantidade de atendimento, além de participarem do rateio dos lucros das unidades municipais. O maior e mais exitoso exemplo é a UNIMED;

4 – pelos Planos das Próprias Empresas. São aqueles em que as empresas administram programas de assistência médica para seus funcionários (auto gestão) ou em que elas contratam terceiros para administrá-los (cogestão ou planos de administração). Nesses casos, no que toca à assistência à saúde, a contribuição da patrocinadora do plano varia e a contribuição do empregado é definida por uma taxa progressiva de seus salários, com desconto direto em folha de salários;

5 – finalmente, pelo seguro-saúde. Trata-se de seguradoras que cobrem ou reembolsam gastos com assistência médica, tanto ao prestador quanto ao segurado. Dessa forma, elas não prestam serviços, mas cobrem custos por ocasião de sinistros relativos à saúde de acordo com a apólice de seus segurados.

Sobre os serviços prestados pelo setor privado, vale ressaltar que essas modalidades prestam tanto serviços próprios como contratados, bem como que reembolsam serviços livremente escolhidos pelos usuários, ainda que as regras sejam mais rígidas quando se trata de assistência hospitalar. São as restrições a serviços próprios ou credenciados e ao reembolso que diferenciam os serviços/planos oferecidos e que segmentam internamente a clientela.

“Contudo, no que toca à atenção hospitalar de alta complexidade, as internações de longo prazo, doenças crônicas, em razão das restrições impostas pelos planos, acaba por ser prestada mesmo pelo setor público, principalmente naqueles casos em que o paciente não tem

condições financeiras de bancar o custo adicional por seus próprios meios.” (ALMEIDA, 1998, p.10)

9. 1. 2 - Mercados e a mercantilização da saúde

Retomando o caso brasileiro, primeiro, não podemos esquecer que, no Brasil, a oposição público x privado já é historicamente carregada de significados particularmente pejorativos para o *público* e exaltadores do *privado*¹⁵⁷.

A dicotomia público x privado na saúde sempre esteve presente. Desde os anos 1930 até os anos 1980, quando um novo paradigma de saúde realmente entra em cena, o que predominou foi a ideia de um atendimento individualizado, privativo, considerado “de qualidade”, em contraponto a um atendimento coletivo, público, de baixo poder curativo e preventivo.

Em termos de saúde, temos aqui, para além das categorias público e privado, ao menos duas noções de clínica que se articulam com essas categorias. Elas são respectivamente: a perspectiva da saúde coletiva e a perspectiva sanitarista da saúde pública.

A saúde coletiva é pautada por uma noção de clínica ampliada, voltada para o coletivo em um modelo que visa a tratar as pessoas de maneira igual, em um processo de intervenção de longo prazo, tratando-se de um modelo de atenção clínica que vê para além do sintoma, da doença e do indivíduo.

¹⁵⁷ Como já tratei anteriormente, essa dicotomia entre público x privado é tão forte que influenciou inclusive uma leitura da sociedade brasileira pelas ciências sociais através de categorias negativas, já que não se via no público virtudes cívicas que pudessem ser valorizadas. Jesse de Souza (2006, p.14) também chama a atenção para a constituição de uma forma de subjetivismo sociológico que incorpora o paradigma favor/proteção, uma herança do passado personalista e patrimonialista, para a explicação das relações entre os sujeitos. O autor coloca: “De certo modo, a perspectiva dóxica e naturalizada da nossa percepção cotidiana é generalizada e abstraída conceitualmente até ganhar aparência de explicação objetiva da realidade”. A noção da percepção por parte dos pobres do direito como um favor é comumente articulada, principalmente no senso comum, para explicar sua “passividade” perante serviços públicos de baixa qualidade, da mesma forma que a noção do mérito justifica a falta de qualidade desses serviços, já que aqueles que deles dependem não fizeram por merecer um serviço de melhor qualidade, que, justamente por representar um corte social e ser signo de status, está ao alcance apenas daqueles que podem pagar por serviços de qualidade no mercado.

Esta é a perspectiva presente no SUS, que busca a humanização da saúde, com a inclusão do paciente no processo de diagnóstico e com um olhar cuidadoso para o contexto no qual ele está inserido, considerando assim os determinantes do processo saúde/doença. (Mendes, 2007)

É a essa noção de clínica que o princípio da integralidade presente na LOS se refere.

“Nesta medida, a noção de integralidade franqueia a incidência da clínica no campo da saúde pública. Não desta ou daquela disciplina clínica, mas da clínica enquanto plano cuja potência permite escutar, cartografar e construir formas de intervenção, uma vez que diz respeito a força de desobstrução do que paralisa ou desacelera os processos vitais, quer sejam doenças, transtornos ou outros desassossegos e problemas capazes de afetar, direta ou indiretamente, a saúde física e/ou mental das pessoas, em âmbito individual e em segmentos sociais.” (MENDES, 2007, p.16)

O campo da saúde coletiva no Brasil constituiu-se justamente em oposição ao modelo da saúde pública e da medicina preventiva. Este, pautado em uma clínica funcionalista e positiva orientada pela concepção biomédica, extremamente mecanicista, atua isolando o indivíduo e busca no corpo sintomas que remetam a doenças catalogadas, tomando por base um padrão de normalidade orgânica.

Ademais, essa busca é parcializada no corpo e dentre as muitas especialidades médicas decorrentes também deste modelo, fazendo com que o médico tenha dificuldades de olhar o paciente como um todo, mesmo que ele queira. Muitos médicos até são capazes de proclamar a existência de componentes de ordem subjetiva ou afetiva em doenças com manifestações orgânicas mais explícitas, mas não estão preparados para lidar com esses componentes. Como ressalta Barros (2002),

“O modelo biomédico estimula os médicos a aderir a um comportamento extremamente cartesiano na separação entre o observador e o objeto observado. Proclama-se a necessidade de um ‘distanciamento objetivo’, visto como uma qualidade que cabe preservar ou até mesmo

incrementar, por mais que seja inerente ao ato médico uma interação inescapável e mais ou menos intensa entre o médico e paciente e que esta interação seja fundamental para o sucesso terapêutico. A intensificação da divisão do indivíduo em *pedaços* contribui sobremaneira para dificultar a valorização do *todo*.” (BARROS, 2002, p.08 [grifos do autor])

Temos, aqui, um trato individual e personalizado – individualizante – voltado para os sintomas, para a doença por eles manifestada e para sua cura em um processo que garanta ao indivíduo a retomada de suas atividades privadas e, em última instância, seu retorno ao mercado de trabalho o mais rápido possível. Trata-se, portanto, de um processo clínico assistencial imediato, de resultados evidentes.

Como consequência do modelo biomédico, temos o fenômeno da medicalização¹⁵⁸, que está atrelado ao crescente uso da tecnologia no processo de diagnóstico e à mercantilização da saúde. Cria-se um mito que relaciona tecnologia com eficiência e infalibilidade diagnóstica. É o predomínio da máquina em detrimento ao fator humano, este último representado pelo médico e pela prática da anamnese.

As tecnologias diagnóstico-terapêuticas passam a ser a mercadoria oferecida cujo complemento fundamental é outra mercadoria: o medicamento. Com a tecnologia mediando essa relação e com a confusão entre eficácia e o grau de sofisticação do aparato tecnológico disponível, temos, como decorrência, o crescimento das super e subespecialidades, fracionando mais ainda o organismo e gerando consultas médicas cada vez mais superficiais.

Outra decorrência do uso da tecnologia e do modelo biomédico que norteia a organização do sistema de saúde é a hierarquização que divide a assistência em níveis de complexidade de incorporação tecnológica. Nos serviços oferecidos pelo setor

¹⁵⁸ O fenômeno de medicalização não se restringe estritamente ao processo de diagnóstico – doença – cura. Mendes (2007, p.31) ressalta que o campo da saúde coletiva no Brasil também se constituiu em resistência à medicalização da vida, operada por políticas de controle e/ou disciplinares. “Políticas que, frequentemente, impõe hábitos e práticas sanitárias aos indivíduos de modo invasivo e pernicioso.” Essa concepção de medicalização está delineada na noção de medicina científica de Foucault em **O nascimento da clínica** (1963).

público no SUS, temos, nesta ordem: a Atenção Primária, que é a entrada no sistema pelas Unidades Básicas de Saúde – os Centros de Saúde – voltadas para atendimentos de baixa complexidade e que devem responder por cerca de 90% dos problemas de saúde da população e também aos atendimentos de urgência e emergência feitos pelos Pronto Atendimentos/Socorros; a Atenção Secundária, responsável pela assistência especializada, diagnose e realização de tratamentos que requerem uma complexidade tecnológico inexistente na atenção primária e por fim, a Atenção Terciária, com serviços de alta complexidade, como é o caso dos hospitais. (MENDES, 2007)

Já no setor privado/suplementar, esse processo normalmente se desencadeia com a porta de entrada sendo a consulta em consultório com médico escolhido pelo paciente ou no Pronto Socorro, ambos acionados quando há a manifestação de algum sintoma/doença, portanto, com propósitos muito mais curativos do que preventivos, que requerem outro tipo de abordagem, com os níveis de atenção secundária e terciária sendo mobilizados quando necessário. Vale observar que, em um modelo de clínica que se pauta pelo uso da tecnologia no processo de diagnose, o setor secundário por vezes é acionado em detrimento da anamnese e em uma frequência superior àquela praticada no setor público, gerando um fenômeno que Almeida (1998, p.29) caracteriza por *over prescription* de exames de auxílio diagnóstico e de tratamento, somado ao marketing de tecnologia médica na mídia.

Uma das questões que emergem é, como aponta Mendes (2007), que essa hierarquização, que, a princípio, parece ser uma estruturação que facilita a organização do sistema de saúde, acaba no cotidiano da política, criando hierarquias entre doenças e sua conseqüente distribuição entre os processos de trabalho, descontinuando o acompanhamento dos pacientes e de cada caso, bem como limitando a compreensão do processo. Fomenta-se também a hierarquia entre os profissionais, que se comunicam pouco e mau, sempre acabando por reificar o que fazem, desconsiderando o processo e o que os pacientes enfrentam para percorrer todos os níveis. Esse processo e seus efeitos ficam mais claros quando voltamos nosso olhar para o SUS.

Por ora, interessa-nos deixar clara a correspondência entre cada um desses modelos de clínica e os setores de saúde no Brasil. No setor público, há – ao menos normativamente – o predomínio da saúde coletiva¹⁵⁹ e, no setor privado/suplementar, há o do modelo biomédico. Ademais, esses modelos constituem parâmetros para julgar a qualidade dos serviços médicos que cada um desses setores oferece à sociedade.

Em uma sociedade marcada pela valorização do tecnológico e da velocidade, o corte de qualidade é proporcionado pelo acesso ao e uso do aparato tecnológico imbuído de sua promessa mágica de precisão diagnóstica e de cura (já que esta não depende mais unicamente do fator humano) e também de realização do sonho da juventude “quase eterna”¹⁶⁰. Essa distinção – embora seja apenas uma das faces do processo - é de suma importância para entendermos como se constrói a desvalorização dos serviços prestados pelo setor público.

A problemática da tecnologia vem sendo debatida com frequência entre os profissionais da saúde, preocupados com a desumanização do trato com o paciente/usuário em uma relação mediada pela tecnologia¹⁶¹, pois a relação do profissional passar a ser mais com a máquina do que com o sujeito paciente submetido

¹⁵⁹ Explorarei esse ponto mais adiante. Aqui, apenas ressalto que o modelo de clínica ampliada defendida pela saúde coletiva é proposta-base da estrutura do SUS, cujos serviços como o Programa de Saúde da Família de fato se estruturaram com base nessa concepção. A questão é que, na prática cotidiana dos serviços, surgem procedimentos e decisões que não são condizentes com o modelo em questão.

¹⁶⁰ Essa busca pela juventude eterna pode ser identificada nos esforços empreendidos para a produção de cosméticos e substâncias químicas tidas por medicamentos, apontando para uma interpretação do envelhecimento como se este fosse um processo anormal que pode ser revertido, ao invés de ser um processo natural. Surgem máquinas e equipamentos cirúrgicos, todos voltados para a manutenção da beleza juvenil em oposição a uma beleza condizente com a idade e com o que foi vivido por cada indivíduo.

¹⁶¹ O uso tecnológico na saúde é caracterizado para além do uso do equipamento ou da máquina, pois temos ao menos três tipos de tecnologia no cotidiano dos serviços de saúde: “As tecnologias na área da saúde foram agrupadas por MEHRY et al (1997) em três categorias a saber: a) Tecnologia dura: representada pelo material concreto como equipamentos, mobiliário tipo permanente ou de consumo; b) Tecnologia leve-dura: incluindo os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontológica, epidemiológica, entre outras e; c) Tecnologia leve: que se expressa como o processo de produção da comunicação, das relações, de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde.” (BARRA, D. C. C.; NASCIMENTO, E. R. P.; MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMANN, A. L., 2006)

ao “olhar da máquina”¹⁶². O risco é que, nesse contexto, a máquina e as diferentes formas de tecnologia disponíveis constituam artefato indispensável para o entendimento da doença à qual o paciente é reduzido, esvaindo-se a dimensão humana presente nas duas pontas da relação.

O conhecimento positivo e funcionalista que, para a compreensão da doença, fraciona o corpo humano e propicia uma leitura do micro para o macro não é novidade, tampouco o é o fato de a pesquisa biomédica e a medicina lidar com o problema de tratar a categoria do humano não como sujeito social, mas sim como organismo, matéria mórbida e mortal.

O cerne da problemática tecnológica na saúde localiza-se em um cenário mais amplo, que abarca as mudanças tácitas e latentes vividas pela modernidade que colocam em xeque as crenças da sociedade industrial, sem que os sujeitos envolvidos tomem consciência do processo, pois, em seu cotidiano, ainda estão presos aos dilemas de uma sociedade que, na verdade, já não existe mais (BECK, 2012)¹⁶³.

Como aponta Ulrich Beck (2012), adjacente ao processo de inovação autônoma da modernização está a obsolescência da sociedade industrial e, com ela, a emergência da sociedade de risco. Essa transição do período industrial para o de risco da modernidade segue o padrão dos efeitos colaterais latentes, efeitos das ameaças produzidas pelas certezas da sociedade industrial.

Isso significa que o desenvolvimento técnico-científico criou riscos para as relações anteriormente estabelecidas, que só passam a ser questionadas quando suas ameaças tornam-se, de algum modo, visíveis. No caso dos serviços de saúde, a porção

¹⁶² A máquina, nesse processo, funciona como um *meio de visão* sobre frações do corpo em busca de um diagnóstico. Trata-se de uma visão desprovida de *olhar*, embora seja o olho humano que olha através dela. O olhar através da máquina permite o não questionamento sobre o ser humano que se olha: trata-se de mais um órgão, mais uma célula, mais uma matéria que ganha um número de referência.

¹⁶³ A discussão de Ulrich Beck sobre a modernização reflexiva e a sociedade de risco é muito mais abrangente e complexa do que o que estou abordando aqui. Interessa-me, no argumento de Beck, a noção de transformação latente, que não deriva de escolhas e decisões políticas auto-orientadas, pois, para Beck, o que proporciona a sociedade de risco é justamente a abstração de seu mecanismo. Para a discussão de Beck, ver: **A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva** ([1995] 2012) e seu livro **Sociedade de Risco. Rumo a uma outra Modernidade** ([1986] 2010).

visível do risco, a desumanização do trato com os pacientes, esconde uma face ainda mais preocupante desse processo, pelo qual a tecnociência e o capital globalizado desconstroem, através de suas tecnologias digitais e genéticas, tanto as concepções de homem tradicionais como as modernas. (SANTOS, 2003)

Nessa esteira, a face do processo com a qual realmente devemos nos preocupar é a transformação do corpo humano em informação, arquivo ou matéria prima à qual passamos a ter acesso segundo os ditames da arquitetura informacional. (SANTOS, 2003)

Nesse caso, a informação fornecida e buscada pela máquina passa a um fim em si mesma, desconectada da matéria e do sujeito humano que ela representa. Estamos diante de um processo muito mais profundo e abrangente, cujas consequências, com certeza, estão para além da relação profissional da saúde–paciente/usuário que até pode se simular “humana”.

Por não ser questionado e não estar presente nas demais relações sociais, esse esvaziamento passa a ser remediado em sua face mais visível, porém superficial. A desumanização está presente na organização própria do processo de diagnose/tratamento/cura(ou atuação paliativa), mas é questionada apenas no momento em que o médico ou o enfermeiro se posiciona com distanciamento perante a um drama humano que aparenta descontextualizar, mas que na realidade já está descontextualizado por um processo de individualização¹⁶⁴ que também se insere no cenário maior.

Aqui, as tecnologias de diagnose cumprem papel fundamental: elas auxiliam na detecção do problema, trazem todas as informações necessárias sobre a provável patologia com agilidade e eficiência – já que a máquina criada para simular a inteligência humana ganha status superior a esta e, ao contrário das pretensões iniciais,

¹⁶⁴ Individualização está sendo aqui compreendida em consonância com o que apontam Ulrich Beck e Zygmunt Bauman a respeito do lugar do indivíduo e do coletivo na sociedade moderna.

passa, inclusive, a ser referência para o humano¹⁶⁵ – e o mais importante, garantem a individualização de todos os envolvidos nas relações desencadeadas pelo citado processo, ao passo que reduzem e destituem o humano de sentido.

Entrementes, o acesso à tecnologia, à velocidade e aos seus bônus é um privilégio e denota poder social, econômico e político. Cria uma distinção entre os usuários dos dois sistemas que se inter-relaciona com a imagem criada pelo marketing político que vende os serviços do setor privado como superiores aos do público, fazendo que, como resultado, o sejam de fato, depreciando o público.

Essa distinção¹⁶⁶ tem como ponto de partida o capital econômico, o poder pagar pelos serviços de saúde privados e, mais, de poder pagar duas vezes: a primeira, através do recolhimento de impostos por um sistema [público] de que o sujeito não faz uso (*na verdade, acredita não usar e faz dessa crença sua realidade*), mas com o qual tem o *dever de contribuir*. Entretanto, ao fazê-lo, garante a existência de um sistema público para aqueles que não podem pagar (podendo resguardar-se na chave da beneficência). Ele paga pela segunda vez para ter acesso a um serviço que é a “expressão máxima da qualidade”, acreditando garantir a sua saúde e a de sua família.

A extensão dessa maquinação pretensamente inocente é colaborar para forjar

¹⁶⁵ Para o aprofundamento do tema, remeto ao argumento de Laymert Garcia (2003), em que o autor explora as relações que se estabelecem entre o homem e a máquina através da noção de pós-humano, processo no qual o primeiro deixa de ser referência para o segundo. O pós-humano é *uma etapa de uma construção na qual o homem deixa de ser ele mesmo* ou, pelo menos, deixa de ser aquele que foi concebido com o sujeito liberal. O que se denuncia aqui é a transformação da subjetividade quando a inteligência humana deixa de ser o parâmetro para a máquina e passa a ser reconfigurada a partir do processo evolutivo da máquina, que ganha status central nessa relação.

¹⁶⁶ A noção de distinção na qual me apoio tem suas origens na sociologia de Pierre Bourdieu, mas, aqui, surge retrabalhada pela análise da modernidade periférica brasileira de Jessé Souza (2006, p. 171 - 172). Para este, a fonte da construção das distinções sociais consiste em um contexto de opacidade e aparente neutralidade, o qual é parte integrante de uma ‘ideologia do desempenho’ para o estabelecimento de distinções que tendem a se naturalizar. Nas palavras do autor: “é nesta dimensão que o ‘gosto’ passa a ser uma espécie de moeda invisível, transformando tanto o capital econômico puro quanto, muito especialmente, o capital cultural, ‘travestidos em desempenho diferencial, segundo a ilusão do ‘talento inato’, em um conjunto de signos sociais de distinção legítima, a partir dos efeitos típicos do contexto de opacidade em relação às suas condições de possibilidade. (...) é necessário acrescentar a dimensão objetiva da moralidade que permite, em última instância, todo o processo de fabricação das distinções sociais (...)”(SOUZA, 2006, p. 171 - 172). Essa moralidade é dada pela ideologia do desempenho.

uma distinção simbólica entre cidadãos (aqueles que podem pagar) e subcidadãos¹⁶⁷ (que não foram capazes de fazê-lo) que lembra a estes últimos, a todo momento, qual é o seu lugar na sociedade, no sistema de saúde e na relação com os profissionais da saúde, em especial com o médico – ele próprio, personificação do saber. O “lugar do paciente” é um termo que, em si, já remete à noção de exclusiva aceitação paciente e submissa com relação ao profissional da saúde. Uma atenção mais detida ao lugar do paciente aponta que

“O relacionamento profissional de saúde-paciente é, sabidamente, uma parceria entre duas pessoas, das quais uma delas detém o conhecimento técnico científico, que põe à disposição da outra, que o aceitará ou não, contrariamente ao que pensam muitos médicos percebem esse relacionamento como uma subjugação, suspendendo-o diante de dúvidas, críticas ou ‘desobediências’ do paciente; (...) É nessas condições, de pleno exercício de *autonomia* de duas pessoas que o tratamento só ter sucesso, a menos que uma delas – o ‘paciente’ – renuncie à sua própria autonomia, optando pela sujeição a uma postura mais paternalista do profissional da saúde, o que é frequente, dada a condição de ‘regressão’ que o mal-estar habitualmente produz no cliente.” (SEGRE; FERRAZ, 1997, p.541[grifos dos autores])

Essa relação, representada aqui pelo o que significa ser paciente, é mais visível no setor público – ao menos, é frequentemente denunciada como característica de um sistema que desrespeita sistematicamente seus usuários. A ironia não percebida na farsa perpetrada por um sistema que se esconde por trás da agilidade e da qualidade tecnológica que disponibiliza aos seus clientes é que, aí, passa-se exatamente o mesmo.

O que temos são clientes/pacientes incapazes de lerem as ambivalências e riscos contidos na sua relação com os serviços oferecidos; serviços esses legitimados pelo

¹⁶⁷ Uso o termo subcidadão em concordância com Jessé Souza. Trata-se de uma noção trabalhada pelo autor em seu livro: **A Construção Social da Subcidadania. Para uma sociologia Política da Modernidade Periférica** (2006).

discurso da sociedade de mercado, neoliberal e de moralidade deontológica.

Antes de focarmos na problemática da mercantilização em si, é preciso que fique claro que reconheço o valor e a importância do uso tecnológico. O avanço que este tem permitido para diagnóstico e cura são inegáveis e de extrema importância. A questão é que o *sobre uso* dessas tecnologias, como vimos, traz vários riscos, dentre eles, a construção de um sistema financeiramente inviável, dados os custos de aquisição e/ou manutenção dos equipamentos, por exemplo.

Vimos, no capítulo sobre os DSSs, que as diferenças de investimentos entre os setores público e privado são evidentes, mas que maior investimento não significa diretamente qualidade em saúde para o paciente/cliente/usuário ou melhoria em saúde para a população. É preciso considerar o modelo a partir do qual o sistema está organizado, sua concepção de saúde, seu impacto em prevenção e o acesso e distribuição dos serviços e benefícios por ele oferecidos.

A mercantilização da saúde também não é novidade. Até a implementação do SUS, o que tínhamos eram serviços de saúde ligados à previdência social, voltados para os trabalhadores que sustentavam o sistema e que pagavam para ter acesso a seus benefícios. O serviço público coletivo preventivo logo foi associado àquilo que estava disponível para aqueles que não podiam pagar.

O modelo previdenciário adotado impulsionou o crescimento do setor privado, pois os serviços de saúde eram oferecidos por este, contratado pelos diversos Institutos Nacionais de Previdência Social ao longo de décadas. Durante o governo militar, com a ampliação ou, se quisermos, com a tentativa de universalização do acesso a serviços de saúde, esta se tornou, inclusive, estratégia para angariar novos beneficiários para a Previdência Social, pois, diferentemente da aposentadoria e de outros benefícios oferecidos, a saúde era um benefício de retorno imediato, que ocorria no presente, e não uma promessa de qualidade de vida para um futuro distante. (BAHIA, 2005)

O Brasil construiu, ao longo do séc. XX, um sistema de saúde segmentado, estratificado e meritocrático, de acordo com a cultura política que pautava as relações

em sociedade e com a concepção de justiça subjacente a ela. Com a aprovação da LOS, apesar da concepção igualitária presente na Lei, a prática do sistema manteve-se impregnada pela lógica de mercado.

A novidade no mercado da saúde existente no Brasil hoje está, como aponta Michael Sandel (2012), na extensão da moralidade do mercado para uma esfera da vida que não deveria ser por ela orientada. Para Sandel, hoje, estamos presenciando formas de utilização do mercado para o fornecimento de bens sociais básicos que eram desconhecidas há cerca de trinta anos.

O mercado não atribui valor moral a suas trocas, mas apenas valor monetário aos objetos trocados. Sua marca indelével está no descarte de princípios que, quando não vinculados aos mercados, são respeitados. O autor coloca:

“Sem que nos déssemos conta, sem mesmo chegar a tomar uma decisão a respeito, fomos resvalando da situação de *ter uma economia de mercado para a de ser uma sociedade de mercado*. A diferença é esta: uma economia de mercado é uma ferramenta – valiosa e eficaz – de organização de uma atividade produtiva. Uma sociedade de mercado é um modo de vida em que valores de mercado permeiam cada aspecto da atividade humana. É um lugar em que as relações sociais são reformatadas à imagem do mercado.” (SANDEL, 2012, p.16)

Sandel (2012) localiza, no cenário político internacional dos anos 1980, essa inflexão rumo a uma sociedade de mercado, o que também é condizente com o caso brasileiro. Segundo o autor, a moralidade do mercado está tão arraigada que nem com a crise financeira de 2008 os mercados foram questionados. Ao contrário, o questionamento recaiu sobre os governos, estes sim desacreditados.

Com um discurso público esvaziado de um debate moral que questione os limites de atuação do mercado e entre o que pode ou não ser vendido, se houver alguém disposto a vender seu rim e outro disposto a comprar, a única pergunta a ser feita é: quanto?

Nas palavras do autor:

“Essa oposição isenta de julgamento em relação aos valores está no cerne do pensamento mercadológico e explica boa parte do seu interesse. Mas nossa relutância em considerar os argumentos morais e espirituais, nesse movimento de adoção da lógica do mercado, veio a cobrar um preço alto: privou o discurso público de energia moral e cívica, e contribuiu para a política tecnocrática e gerencial que hoje aflige muitas sociedades.” (SANDEL, 2012, p.19)

Saúde, educação, segurança e determinados deveres cívicos – como ir à guerra – simplesmente não deveriam ser vendidos por não corresponderem à lógica dos mercados.

A argumentação de Sandel (2012) chama a atenção para outro fator que também é considerado um critério para a avaliação da qualidade dos sistemas de saúde: o tempo de espera.

No setor privado, o tempo de espera é o menor possível. Recentemente, em junho de 2011, a ANS normatizou¹⁶⁸ o tempo de espera para consultas e exames para os usuários de planos de saúde. Estes últimos passaram, inclusive, a serem multados e a terem o direito de vender novos planos cassado em caso de descumprimento dos prazos estabelecidos. Os planos de saúde agora têm prazos para marcação de consultas, de exames, de cirurgias e para a aprovação de tratamentos.

Além de cumprirem os prazos, de acordo com a Resolução Normativa (RN), os planos têm que oferecer alternativas em caso de não fornecerem aos seus usuários prestadores credenciados – de acordo com o que for demandado pelo usuário – em sua área de abrangência, garantindo o acesso a prestadores do serviço do qual o usuário/beneficiário do plano necessita. Em caso de ausência do prestador do serviço no município de residência do beneficiário ou em municípios vizinhos, a operadora do plano de saúde terá que arcar com os custos de deslocamento do beneficiário e de seu acompanhante (quando o primeiro for menor de 18 anos ou maior de 60 anos) para o

¹⁶⁸ Sobre as regras da normatização, ver: Resolução Normativa nº 259, 17 de junho de 2011 disponível em: http://www.ans.gov.br/texto_lei_pdf.php?id=1758, consulta em 26/11/2012.

município onde houver o serviço demandado.

Obviamente, a medida foi motivada pela quantidade de reclamações dos usuários de planos de saúde. O problema da longa espera está ligado também a uma rede de serviços insuficiente perante a demanda, o que levou os planos de saúde a solicitarem o prolongamento do prazo para vigência das normas, já que teriam que se adequar à nova situação.

Há uma questão sobre a RN que não podemos negligenciar: o beneficiário do plano de saúde fica impedido de escolher um profissional/clinica/hospital para seu atendimento caso reclame o prazo para a realização do serviço. Ou seja, se o médico ou serviço com quem o beneficiário já possui um vínculo prévio não puder atendê-lo dentro do prazo estipulado pela RN e o beneficiário reclamar seu cumprimento, terá de trocar de profissional ou serviço, abrindo mão de uma relação de confiança já existente.

A realidade é que essa RN baseia-se em um enfoque quantitativo para “julgar” a qualidade do sistema suplementar/privado. Trata-se da eliminação das filas e do tempo de espera como uma demonstração da qualidade do atendimento. Algumas questões emergem.

A primeira: a eliminação da fila (ou a busca pela sua eliminação) só é possível porque o corte é anterior, ou seja, só entra na fila quem paga, e não quem chegar primeiro ou quem tiver o problema mais grave, tampouco quem precisar de um atendimento de emergência. “A triagem na fila já foi feita, sem que ninguém visse, através da cobrança de uma taxa”. (Sandel, 2012, p.31)

A segunda: a agilidade e “qualidade” de atendimento garantida no setor privado gera outra fila, que quem está nele não vê. É a fila formada pelos outros 79% de brasileiros que brigam por atendimento nos serviços públicos.

A terceira: a existência da Resolução só comprova a ineficácia também do setor suplementar, sendo nada mais que um remendo, um paliativo, para o problema real: a falta de capacidade dos planos de saúde de garantir atendimento a todos os seus beneficiários, posto que muitos planos e seguros acabam por vender serviços cuja

oferta não conseguem garantir.

A quarta: a oferta de planos e seguros de saúde e seus valores é realizada através de um cálculo de risco – de o beneficiário desenvolver ou não doenças cujo tratamento é custoso, por exemplo – e de probabilidade de uso de determinados profissionais, equipamentos e tratamentos que seus beneficiários desconhecem, cálculo que colabora com as estimativas de lucro das empresas e que finda ou por negar cobertura àqueles “candidatos a beneficiários” que julgam um obstáculo para manter suas margens de lucro dentro do estimado, ou por cobrar dessas pessoas valores impraticáveis, com custos mensais com os quais poucos são capazes de arcar.

Essa situação fica mais grave quando adicionamos a esse quadro o fato de que os mesmos profissionais que estão prestando serviços no setor privado o fazem também no público, o que tem implicações para ambos os sistemas. A mais óbvia é a carga de trabalho enfrentada por esse profissional, o que incide sobre a qualidade de seu trabalho em ambos os sistemas, com consultas cada vez mais rápidas no caso, por exemplo, dos médicos, somadas ao cansaço que, pela pressão da rotina, também pode induzir ao erro e ao distanciamento, em sentido oposto à busca pela humanização da saúde.

A necessidade de estar presente em ambos os sistemas revela também uma remuneração insuficiente, que, no caso do setor público, soma-se às precárias condições de trabalho disponíveis.

9. 1. 3 - Apontamentos sobre o setor Privado Suplementar

Antes de entrar na discussão da relação que se estabelece entre o setor público e o complementar, gostaria de tecer alguns apontamentos sobre o que vimos até agora sobre o setor privado da saúde no Brasil.

Primeiramente, se assumirmos como verdadeiro o entendimento jurídico mencionado no início deste capítulo de que o setor privado deve funcionar sobre a

normatividade do setor público, precisaremos, conseqüentemente, assumir a profundidade do paradoxo e da injustiça social instaurada pela distância entre fato e lei e buscar saídas para essa situação.

Ademais, o paradoxo não se restringe à constatada distância, pois, enquanto concepção de justiça social, o setor privado apresenta-se como incompleto e injusto perante diferentes concepções de justiça. As regras do mercado não têm como fim e como resultado a justiça social, tal como assumida por este trabalho, mas, mesmo olhando o mercado da saúde pela ótica libertariana ou pela neoliberal, percebe-se que ele também é incompleto, incongruente e injusto.

O argumento de Nozick (1991) é que uma distribuição é justa desde que seja proveniente de trocas livres e justas no mercado, ou seja, de trocas que são fruto do esforço do indivíduo e que não envolvam nem a força e nem fraude.

Para que não haja força nem fraude é preciso que os envolvidos na troca tenham conhecimento das regras do jogo e que tenham condições de avaliar se estão ou não sendo enganados. Um dos maiores problemas do setor privado de saúde nesse quesito é a falta tanto de conhecimento do beneficiário, ou seja, do usuário do sistema sobre seu funcionamento específico, como de uma percepção que o permita avaliar a qualidade do serviço em saúde que lhe está sendo oferecido. Tudo o que o usuário tem em mãos são suas experiências anteriores em serviços de saúde e a imagem que lhe é vendida através do marketing da medicina de mercado e, como com os demais produtos oferecidos, essa imagem, via de regra, não tem correspondência com a realidade.

O nó reside no fato de que, na saúde, mais do que nas outras mercadorias oferecidas, a vida e a morte daquele que adquire o produto está diretamente em jogo. A fraude ou a falsidade criada pela imagem vendida tem implicações morais e práticas profundas na vida das pessoas, sempre lembrando que esse impacto estende-se para além do usuário, atingindo seus familiares e outras pessoas ou redes a ele ligadas, como aponta Marta Nussbaum.

Por se tratar de mercado, a ele tem acesso quem pode pagar, quem tem mérito. A saúde privada, sim, funciona dentro da lógica do seguro/benefício com contrapartida financeira e a rede de seguridade social para aquele que, por ventura, venha a ficar desassistido é o setor público, o SUS, que funciona na gramática da proteção social garantida por um rol de direitos sociais para momentos de insegurança no tocante à inserção individual no mercado.

Nesse jogo, a ANS não almeja garantir que a normatividade jurídica definidora do sistema de saúde seja cumprida pelo setor privado. Com um olhar micro, focado nas relações de consumo e de troca, ela regula casos específicos, pontual e individualmente reclamados/denunciados e, perante o acúmulo de determinados abusos contra os direitos do consumidor (e não do cidadão) age de forma coletiva, como fez no caso da regulamentação dos prazos para consultas e procedimentos.

Sob o olhar de Hayek, o SUS também contém incongruências e injustiças. Tanto no caso do neoliberalismo como no do libertarianismo, a maior delas reside justamente no braço do sistema que é mais coerente com a argumentação liberal-igualitário: a sua face pública, do direito social.

9. 2 - Setor Complementar: o público privatizado

Sistemas de saúde, em especial o setor público, precisam ser compreendidos considerando a relação tríade apontada por Rothstein (1998) no momento de organização da política. A política de saúde é claramente intervencionista e dinâmica. Como tal, conforme apontado pelo autor, ela possui uma legislação extensa e imprecisa, justamente para abarcar o conflito entre projetos políticos e concepções de justiça em disputa na sociedade.

O SUS não pode ser pensado apenas a partir de sua organização pública. Os serviços prestados pelo setor público são feitos em parceria com o privado e com o terceiro setor, além de dependerem da participação direta da sociedade civil através

dos muitos conselhos de saúde presentes nos diferentes âmbitos da política. A tríade sugerida por Rothstein – Estado / Produtor da Política / Cidadão – realiza-se no fazer do SUS.

Muitos dos serviços prestados pelo setor público viabilizam-se por meio de contratos, convênios ou parcerias público-privado. São diversas as modalidades, compreendendo desde a terceirização de equipamentos específicos até de profissionais, que, neste cenário, apesar de trabalharem para o setor público, não são servidores: são terceirizados/contratados para prestarem serviço à rede pública.

O foco deste item é justamente essa relação que se dá no âmbito do setor complementar, a porta de entrada do privado no público. Essa porta apenas não foi fechada pela LOS, já que a presença do setor privado como prestador de serviços no público sempre foi regra na política de saúde brasileira.

Sobre esse tópico surgem várias questões. A reflexão que proponho aqui se debruça sobre os problemas de financiamento, de distribuição dos recursos públicos e de gestão, problemas que são enfrentados no cotidiano da política como decorrência dessa relação.

Antes de nos debruçarmos sobre essas questões, retomo o texto legal. A respeito da participação complementar do setor privado, a LOS dispõe:

“CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os

parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).” (BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.)

O financiamento do SUS continua sendo apontado por muitos (tanto por estudiosos do tema, como pela imprensa e por profissionais da saúde) como um de seus problemas centrais, tendo impacto direto sobre a qualidade do serviço ofertado para a população. As análises variam entre apontar as mazelas do SUS via má gestão, falta de verba e até mesmo, uma combinação de ambas. Mas é fato que as tentativas de desfinanciamento ou subfinanciamento do sistema de saúde, através de uma mudança de arrecadação e financiamento da previdência social, datam no início dos anos 1990. (BAHIA, 2005; MENICUCCI, 2007).

A prevalência de um discurso anti-estatizante da saúde tem, sim, como propósito a defesa dos interesses daqueles que sempre lucraram com a prestação de serviços de saúde, mas, também, como já vimos, encontra respaldo em uma concepção de justiça absolutamente individualista e libertária.

Trata-se de uma disputa cuja porção visível para o cidadão trabalha com a imagem do serviço público e do privado que se vende à sociedade brasileira. Essa

disputa configura-se na cena pública – principalmente no discurso da imprensa¹⁶⁹ – de um modo aparentemente polarizado (pois ambos os lados colaboram com os ataques ao SUS). De um lado, há aqueles que apontam para o subfinanciamento e sucateamento do SUS como estratégia para esvaziá-lo e, portanto para fortalecer seu rival; de outro, há aqueles que denunciam a má gestão como um problema central do SUS, atrelando, assim, sua baixa qualidade à ineficiência e à falta da capacidade administrativa do gestor público. Aqui, as parcerias e as Organizações Sociais de Saúde tornam-se a tábua de salvação do sistema.

Dado o perfil socioeconômico da população brasileira, o setor privado não se viabilizaria apenas ofertando serviços de assistência em saúde para aqueles que podem pagar. A participação complementar do privado no público, é portanto essencial para sua sobrevivência, em uma relação perversa, pois, se os serviços que forem ofertados em caráter complementar ao SUS forem qualitativamente superiores ou correspondentes ao que se oferece no setor privado este último perderia sua razão de ser.

Por outro lado, como o Estado não estava estruturado para assumir a prestação de serviços estipulada pelo SUS, os contratos e convênios com a iniciativa privada previstos na LOS constituiriam uma alternativa para a viabilização do sistema¹⁷⁰. Dois processos presentes na dinâmica do Estado durante os anos 1990 são importantes neste contexto. O primeiro é a descentralização da gestão pública e o papel assumido pelos municípios sem uma estrutura anterior capaz de viabilizá-los, o segundo é a necessidade de organização de setores e quadros dentro da administração pública responsáveis pelo controle e fiscalização destes contratos ou, se quisermos, das

¹⁶⁹ Esses links nos trazem apenas alguns exemplos do debate suscitado em torno do tema:

<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/para-entender-o-subfinanciamento-do-sus>;
<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1153458-sus-perdeu-42-mil-leitos-em-sete-anos-diz-conselho-de-medicina.shtml>; <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz0211200908.htm>.

¹⁷⁰ Sobre esse ponto, Carvalho e Santos assinalam: “E não poderia ser de outro modo, pois a rede pública não conta com serviços suficientes para o atendimento dos usuários dos serviços públicos, precisando contratar serviços complementares do setor privado”. (CARVALHO; SANTOS, 2006, p.162)

parcerias público-privado na saúde e nas demais políticas públicas.

Com relação à complementariedade, a lei é clara: ela deve ser utilizada quando as *disponibilidades do setor público forem insuficientes*. No momento da aprovação do texto constitucional, a administração pública brasileira contava como 70% dos serviços privados. Complementando o SUS via INAMPS, a intenção era fortalecer o público e, com o tempo, inverter essa proporção, mas não foi o que aconteceu (Santos, 2010).

A proporção de serviços prestados no SUS por entidade privadas, filantrópicas ou não, permanece praticamente a mesma. Estima-se que cerca de 65% dos serviços prestados pelo SUS são contratados do setor privado. O financiamento do SUS é partilhado entre federação, estados e municípios de acordo com suas fontes de arrecadação e com suas respectivas competências no sistema, sendo que as participações dos Estados e Municípios no financiamento da saúde pública aumentam a partir de 1988, já com o novo pacto federativo, mas esse processo realmente se intensifica nos anos 2000.

O financiamento do Ministério da Saúde está atrelado às fontes da Seguridade Social, que são as contribuições sobre a Folha de Salário, sobre o Faturamento (COFINS) e sobre o Lucro Líquido (CSLL). A contribuição de maior impacto, a Folha de Salário, foi destinada somente à previdência social já em 1993, criando um buraco no orçamento do Ministério da Saúde. Essa fonte foi substituída, em 1996, pela Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), também descontinuada em 2007, o que levou ao aumento da alíquota de alguns impostos e a um rearranjo dos gastos do governo federal. Isso, associado a um desempenho econômico mais favorável, tem garantido a continuidade do repasse de verbas federal, cujo montante passa, a partir de 2000, a ser calculado com base na variação do PIB, para estados e municípios. (SANTOS, 2012; MÉDICI, 2011)

O que não significa que não houve “desfinanciamento” do sistema por parte do Governo Federal. Na realidade, o denunciado “subfinanciamento” tem sido gradual e paulatino ao longo das duas últimas décadas.

Precisamos somar a esse cenário o impacto que a Lei de Responsabilidade Fiscal causa nos orçamentos municipais que, desde sua aprovação, são obrigados a limitar os gastos com pessoal, bem como o de medidas do governo federal como a de 1999, que obrigou os estados e municípios a limitarem seus gastos na área social e a reservar 13% dos orçamentos de estados e municípios de maior porte para a renegociação de dívidas.

Segundo Santos (2012), em 1980, o governo federal participava com 75% do financiamento público na saúde e, aos estados e municípios, cabia os 25% restantes. Atualmente, estima-se que estes últimos aumentaram sua participação em 53%, enquanto o Governo Federal diminuiu a sua para 47%, conforme mencionado anteriormente no capítulo VI.

A maior vítima do subfinanciamento é a Atenção Básica e a Média Complexidade, atingida pela ausência de investimentos em infraestrutura, em equipamentos diagnósticos e terapêuticos e em tecnologia. Como decorrência, tivemos um “crescimento desproporcional e anômalo dos serviços complementares no SUS (contratados e conveniados), hoje, por volta de 65% das internações e 92% dos serviços de diagnóstico e terapia, são remunerados por produção (fatura) mediante complexa e perversa tabela de procedimentos e valores.” (SANTOS, 2012, p.05).

O mesmo não acontece com a rede de Alta Complexidade, que normalmente conta com hospitais bem equipados. O problema é que a referência e a contrareferência, importantes para o pleno funcionamento do sistema e vital para o usuário, perdem-se em uma rede cujos níveis mais básicos de atendimento são precários e não conseguem absorver a demanda.

As filas de espera, tanto na Atenção Básica como na Média complexidade, são grandes, em decorrência da falta de equipamentos e da constante falta de pessoal. Isso ocorre apesar das estratégias de terceirização, o que também provoca longas esperas nos Prontos Socorros que acabam substituindo os Centros de Saúde, funcionando sob uma lógica estritamente curativa.

A atenção básica tem baixa resolutividade. Sua cobertura oscila entre 30 e 40% da população e caracteriza-se por ser um serviço de baixo custo e voltado para as camadas mais pobres da população. Não são raras as esperas que variam de seis meses a dois anos por consultas com médicos especialistas ou para a realização de exames ou internações.

Os dados da Ouvidoria de Campinas ilustram bem essa situação. O Relatório do órgão, anteriormente citado, demonstra que, para marcação de consulta nos Centros de Saúde, é preciso aguardar, em média, até 33 dias e, para a marcação de exames como ultrassom, cerca de 93 dias, sendo que se somam a esses 28 dias para recebimento do resultado, mais o tempo necessário para marcar outra consulta e levar o exame ao médico, resultando, aproximadamente em 187 dias. Isso, se não ocorrerem imprevistos, como falta de profissionais, necessidade de manutenção de equipamentos, extravio de encaminhamentos e de resultados de exames.

Uma consequência direta dessa situação é a adoção de estratégias de gestão que estão longe de se apresentar como solução dos problemas relacionados à falta de estrutura, como a lógica da urgência/emergência. Diante da fila de espera para atendimento e tratamento, a estratégia é priorizar aqueles que são reconhecidamente casos de urgência, principalmente aqueles que precisam ser encaminhados para um nível de atenção secundária. A consequência é que, mesmo assim, não se consegue a agilidade ou rapidez necessária, por exemplo, para a confirmação diagnóstica e para o início de tratamento, criando-se, na longa espera daqueles que não foram inicialmente caracterizados como urgência, outros tantos casos que se tornam graves com o tempo.

Soma-se a esse cenário a terceirização de pessoal, que hoje atinge cerca de 60% dos trabalhadores do SUS, gerando vários problemas, dentre eles a falta de isonomia salarial entre os servidores públicos e os funcionários terceirizados que exercem a mesma função. De um modo geral, todos são mal remunerados, o que leva alguns a duplicarem sua jornada de trabalho para garantir uma melhor renda. Tal situação, de

certa maneira, é imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal¹⁷¹, que limitou os gastos com pessoal a 60% da renda líquida para estados e municípios e a 50% para a união.

Outra consequência direta e visível é a precarização do serviço, com consultas cada vez mais rápidas e superficiais no caso dos médicos e com a desumanização da assistência de um modo geral, causada pela falta de motivação dos funcionários que se vêm sem saída perante as mazelas do sistema, de um lado, e o dever de cumprir com sua função de outro.

O cenário da terceirização tanto de serviços e equipamentos como de funcionários traz para o cotidiano dos serviços problemas graves.

No caso, nas relações internas às equipes é preciso enfrentar os problemas de hierarquia, responsabilização e distribuição das funções, bem como a terceirização da limpeza, da recepção, da segurança e vigilância. Até mesmo médicos, técnicos e enfermeiros que são parte da equipe da unidade de saúde não respondem diretamente/hierarquicamente ao Coordenador dessas unidades, este sim, normalmente, servidor público. Cabe ao Coordenador gerenciar diferentes equipes dentro do mesmo serviço e distinguir seus membros entre aqueles que são servidores e respondem diretamente a ele na hierarquia e aqueles que são funcionários terceirizados, que têm outro chefe que não está no dia-a-dia da unidade, respondendo

¹⁷¹ Algumas observações sobre a LRF (LCP 101/00) precisam ser feitas. O texto da Lei é obscuro e polêmico, abrindo margem para diversas interpretações no que se refere a definição de terceirização. A regra mais rígida e conhecida da referida Lei é a restrição dos gastos com pessoal a 60% da Renda Corrente Líquida, no caso dos Estados e Municípios, e a 50% no caso da União. Acontece que o § 1º do Art. 18 define: *Os valores dos contratos de terceirização de mão-de-obra que se referem à substituição de servidores e empregados públicos serão contabilizados como "Outras Despesas de Pessoal"*. A exigência constante desse parágrafo é, na realidade, uma inconstitucionalidade, já que o ordenamento jurídico brasileiro compreende como passíveis de terceirização apenas as chamadas atividades-meio (limpeza, segurança, vigilância, manutenção de prédios equipamentos e instalações, informática, copeiragem, recepção) e a contratação de prestação de serviços técnicos especializados. Todas as atividades citadas são passíveis de terceirização e não são computadas como gastos com pessoal, estes, restritos àquelas funções previstas no quadro ou nos planos de cargos do ente administrativo. Dessa forma, para que uma função seja terceirizada, é preciso que ela seja inexistente – ou extinta – no quadro de cargos e funções. Assim, a LRF obriga o gestor público a declarar como gastos com pessoal as terceirizações das atividades-fim e/ou das atividades meio que tenham correspondência no quadro. Para mais informações sobre o tema, sugiro consultar a Lei – LRF – disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm e FERRAZ, 2007, disponível em: <http://www.direitodoestado.com/revista/REDAE-8-NOVEMBRO-2006-LUCIANO%20FERRAZ.pdf>.

às normas de contratação da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) .Dessa forma, não têm estabilidade de emprego garantida e, muitas vezes, não têm os mesmos salários que os servidores estatutários.

Apesar das questões fomentadas pela terceirização e dos propalados baixos salários perante a função desempenhada, a falta de condições de trabalho, também impactadas pela política de terceirizações, configura uma razão igualmente importante para a desmotivação dos funcionários e baixa qualidade dos serviços prestados. .

Novamente ilustrando, quando os serviços são terceirizados e há, por alguma razão, uma descontinuidade em seu pagamento, este é simplesmente suspenso até que se resolva a situação. Por exemplo, algo que se repete todos os anos com a compra/fornecimento de medicamentos e insumos: um atraso nos prazos de licitação ou no pagamento do serviço/produto significa sua descontinuidade. Com a extensão da cobertura de serviços terceirizados para profissionais terceirizados, isso passa a acontecer com o médico, com o enfermeiro, com o radiologista, com o protético.

O relatório da OGM anteriormente citado revela esse problema. Os funcionários dos Centros de Saúde do município de Campinas, ao descreverem os problemas que enfrentam no cotidiano das Unidades, relatam a falta de manutenção preventiva, tanto dos prédios quanto dos equipamentos utilizados, exemplificando-as com situações como esfigmos sem calibração adequada, otoscópios muito antigos que não são trocados ou repostos quando quebram, falta de oftalmoscópios, balanças reguladas com frequência insuficiente, falta de pilhas. Além disso, há o fato de que existem prédios nos quais funcionam unidades que saúde que não foram construídos para esse fim, mas sim adaptados, requerendo constante manutenção.

Os coordenadores das unidades de saúde, responsáveis pela gestão do dia-a-dia das unidades, não têm poder de decisão direta sobre os serviços que são terceirizados, pois se tratam de contratos firmados pelo administrador/gestor público da saúde – secretários municipais, estaduais, prefeitos, governadores... – com empresas e/ou profissionais prestadores de serviços. Cabe a eles acionar, informar a necessidade de

manutenção, por exemplo, mas não têm como controlar ou decidir sobre os prazos e também não têm como garantir a qualidade do serviço.

Uma das reclamação recebida pela Ouvidoria de Campinas¹⁷² em 2006 é o relato de um usuário da rede municipal que, em meio a um tratamento odontológico, teve seus dentes extraídos para a colocação de uma prótese. O serviço foi feito em compasso entre o dentista do Centro de Saúde e o protético que prestava serviços à rede municipal como terceirizado. Enquanto o primeiro realizou as extrações, o segundo fez a prótese dentária necessária. O problema foi que, durante o processo, por problemas financeiros, a administração municipal atrasou em cinco meses o pagamento do laboratório protético responsável pela confecção das próteses. Desavisado, o dentista fez as extrações e não recebeu a prótese para colocar no paciente, que ficou sem dentes até que a situação do pagamento do prestador de serviços terceirizado (o protético) fosse regularizada, o que levou cerca de um mês.

Eis o resultado da mercantilização da saúde. Ela, juntamente com o bem-estar do cidadão, foi vítima de um processo de gestão apartado da lógica dos direitos sociais e do direito à saúde, que sequer foi levada em consideração. A lógica que ditou o processo foi a da troca de bens no mercado.

O cerne da questão aqui é que aquilo que deveria ser complementar tornou-se regra. A presença do setor privado nos serviços prestados pelo setor público assumiu a condição de solução para todos os “males do serviço público”, principalmente para a falta de competência do gestor público.

É nesse quesito que as parcerias público-privadas entram em cena. A experiência desse “modelo de gestão descentralizada” (C. f. Médici, 2011) no qual o poder público pode conceder o uso de serviços a entidades privadas ou filantrópicas e repassar a estas os recursos para sua operação inicia-se e ganha força no estado de São Paulo no fim dos anos 1990.

As PPPs (Parcerias Público Privado) e as OSs (Organizações Sociais) têm

¹⁷² Informação obtida em consulta a documentos/relatórios da Ouvidoria Geral do Município de Campinas.

respaldo legal na Lei 9790/99, que regulamenta a criação das OSCIPs (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público).

Atualmente, no Estado de São Paulo, elas são uma experiência consolidada, predominantemente, em hospitais. Em estados como Bahia e Pernambuco, essa experiência foi ampliada para serviços de atenção primária, para gestão de laboratórios e para serviços de urgência e emergência (MÉDICI, 2011, p.37).

O modelo das OSs vem sendo celebrado pelo governo do Estado de São Paulo como mais eficiente e defendido como modelo de gestão ideal. Esse é também o discurso presente na mídia, discurso que justifica o modelo das PPPs

Apenas para ilustrar, em análise publicada na coluna Tendências e Debates do Jornal Folha de São Paulo, o médico e superintendente dos hospitais da Unifesp (SP), Nacime Mansur, inicia seu texto afirmando:

“A Constituição de 1988 consagrou o desejo da população brasileira de um sistema único de saúde de acesso universal e igualitário, atendimento integral e participação da comunidade. *Sabidamente*, não impôs um SUS unicamente estatal na execução das ações e serviços de saúde. Hoje, 65% dos serviços prestados ao SUS são realizados por entidades de natureza privada, lucrativa ou não. (...) *O advento das Organizações Sociais da Saúde (OSs) permite imprimir a necessária agilidade na administração de unidades de saúde do próprio governo*”¹⁷³. [grifo meu]

Dessa forma, de acordo com Nacime Mansur, a realização dos princípios do SUS só acontece graças à adoção do modelo da OSs, que nada mais é do que o repasse de recursos públicos a entidades privadas para que estas realizem funções que são do Estado, com a justificativa de que este último não é capaz de realizá-las.

Como nos mostra Médici (2011), estudos realizados pelo Banco Mundial mostram que os hospitais administrados segundo esse modelo têm alcançado melhores

¹⁷³ MANSUR, Nacime Salamão. “Trata-se de um modelo consagrado”. In: JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO, Coluna Tendências e Debates, 03/11/2012.

resultados, que foram medidos/avaliados considerando fatores como: altas por leito ocupado, utilização mais intensa das instalações hospitalares e produção de serviços a custos médios por paciente inferiores aos dos hospitais com administração direta.

Segundo o autor:

“(...) a taxa média de ocupação das OS era de 80,9% comparada com 72,1% dos hospitais da administração direta e que o custo médio diário de um leito de UTI das OS era de R\$ 978, comparado com R\$ 1.197 nos hospitais da administração direta. Ao mesmo tempo, as OS asseguram melhor qualidade aos pacientes através do cumprimento de protocolos de serviços testados por processos que garantem excelência na qualidade assistencial. Os hospitais sob o regime de OS utilizam pessoal mais capacitado, permitindo o uso eficaz das instalações existentes no hospital. Ao mesmo tempo, os hospitais sob regime de OS têm menores custos nos serviços prestados.” (MEDICI, 2011, p.37)

O autor prossegue, ressaltando as razões e vantagens do modelo que garante tais resultados “superiores” em face da administração direta. Seriam elas: autonomia na seleção e contratação de seus gerentes (o que “não é possível” na administração pública direta, já que nem sempre o servidor público é bom gestor. Os funcionários precisam ser contratados por concurso, ter estabilidade e um plano de carreira que amarra suas possibilidades de mobilidade na estrutura e de progressão na carreira); autonomia na alocação e distribuição de recursos orçamentários (o que, na administração direta, não é possível por causa da burocracia dos trâmites); autonomia na contratação e demissão de pessoal, na definição de processos de remuneração e pagamento de incentivos por desempenho (o que não é possível perante as normas do serviço público que requerem realização de concurso público para contratação, estabelecem os salários perante a *natureza, grau de responsabilidade e complexidade do cargo a ser exercido* e garantem estabilidade aos servidores após três anos de

exercício da função para a qual foi aprovado¹⁷⁴) e, por fim, a autonomia na definição dos contratos com os fornecedores (pois aqui, os processos de licitação e gestão de contratos são mais *flexíveis*, segundo Medici). Soma-se a tudo isso o fato que o modelo de OS é mais transparente na sua prestação de contas, pois realiza o envio de dados eletrônicos ao governo central que possibilitam avaliar os resultados vinculados às metas de saúde acordadas entre as OS e as secretarias de saúde.

No município de São Paulo, a gestão por OSs está presente também nas demais unidades e serviços de saúde. As chamadas OS (Organizações Sociais em saúde) são regulamentadas pelo decreto de Lei Municipal 14.132/06. São Organizações Sociais, segundo a lei do município de São Paulo, pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos cujas atividades sejam dirigidas para a saúde. As entidades que forem qualificadas como OSs são declaradas, para fins legais, como entidades de interesse social e utilidade pública e a elas poderão ser destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão.

Segundo Médiçi (2011), essas parcerias consolidam-se através de instrumentos como convênios, termos de parceria e contratos de gestão. Através deles, o poder público municipal concede o uso dos serviços a entidades privadas ou filantrópicas e repassa os recursos para sua operação. Em contrapartida, o poder público acompanha e avalia o serviço prestado.

O autor traz dados que nos dão uma importante dimensão da gestão em saúde no município de São Paulo. Atualmente, em 2010, já são: cinco serviços de diagnóstico gerenciados por contratos de gestão com duas OS, seis hospitais gerenciados por OS, 15 pronto-socorros por sete OS e, aproximadamente, 310 unidades básicas sob regime de contrato de gestão.

“Com isso se estima que cerca de metade da população do município de São Paulo já se encontra servida por instituições com esse novo modelo

¹⁷⁴ Sobre as normas para a o serviço público ver: Artigos 39, 40 e 41 da Constituição Federativa do Brasil de 1988.

gerencial baseado em contratos de gestão. Para coroar esse processo, cerca de 10 das 23 microregiões de saúde do município foram também contratualizadas com sete OS para a gestão da totalidade de suas redes de saúde.” (MEDICI, 2011, p.39)

Já nos 12 hospitais do município que são Autarquias Municipais, a política adotada tem sido terceirizar serviços de apoio logístico hospitalar, como os de manutenção, limpeza, vigilância, zeladoria e outros, enquanto os serviços clínicos são de execução direta do município.

No bojo da celebração das OSs em meados de 2011, o governo do Estado de São Paulo realizou outra tentativa ainda mais ousada de inserção do setor privado nos serviços públicos de saúde. A campanha foi encampada na mídia por profissionais da área reconhecidos em cenário nacional, como Adib Jatene.

Em termos legais, o então governador Geraldo Alckmim assinou em 06/07/2011 decreto Estadual que regulamenta a Lei Complementar 1131/10, complementar à Lei Complementar 846/98, que dispõe sobre a qualificação das OSs. A lei 1131/10 modifica o artigo 8º da 846/98 da seguinte forma¹⁷⁵:

“Lei 846/98
Artigo 8º -
IV – **atendimento exclusivo** aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, no caso das organizações sociais da saúde.” (SÃO PAULO [Estado]. Lei nº 846, de 4 de junho de 1998)

“Lei 1131/10
Artigo 8º -
IV - **atendimento exclusivo** aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e usuários do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - IAMSPE, no caso das organizações sociais da saúde, **exceto quando**:

a) a unidade de saúde for única detentora de mais de 50% (cinquenta

¹⁷⁵ Legislação disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1026360/lei-complementar-1131-10-sao-paulo-sp> para Lei Complementar 1131/10; e, <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028426/decreto-57108-11-sao-paulo-sp> para Decreto 57.108/11.

por cento) da oferta de serviços de saúde na sua região de inserção;

b) a unidade de saúde prestar serviços de saúde especializados e de alta complexidade.

§ 1º - Nos casos previstos nas alíneas a e b do inciso IV deste artigo, a unidade de saúde poderá ofertar seus serviços a pacientes particulares ou usuários de planos de saúde privados, somente quando esta situação estiver prevista em seu respectivo contrato de gestão, sem prejuízos ao atendimento do SUS, em quantitativo de, no máximo, 25% (vinte e cinco por cento) de sua capacidade operacional total.

§ 2º - Caberá à Secretaria da Saúde a definição das unidades que poderão ofertar seus serviços a pacientes particulares ou usuários de planos de saúde privados, obedecidos os requisitos de que tratam as alíneas a e b do inciso IV deste artigo, bem como o estabelecimento das demais condições em que se dará o atendimento em questão, que deverão constar do respectivo contrato de gestão.

§ 3º - O contrato de gestão deverá assegurar tratamento igualitário entre os usuários do Sistema SUS e do IAMSPE e os pacientes particulares ou usuários de planos de saúde privados.

§ 4º - O Secretário de Estado competente deverá definir as demais cláusulas necessárias dos contratos de gestão de que for signatário.. (NR)” (SÃO PAULO [Estado]. Lei nº 1131, de 27 de dezembro de 2010)

“**Artigo 2º** - Esta lei complementar entra em vigor na data de sua publicação.” (SÃO PAULO [Estado]. Lei nº 1131, de 27 de dezembro de 2010)

A lei complementar abre uma exceção que permite às OSs – organizações sociais que gerenciam unidades de saúde públicas – ofertar a usuários vagas do setor de saúde privado que comprometam um limite máximo de 25% de sua capacidade operacional, desde que garantam tratamento igualitário dentre usuários do SUS, IAMSPE e pacientes particulares ou usuários de planos de saúde.

O decreto 57.108/11 coroa esse processo regulamentando o dispositivo citado. Alguns pontos do decreto merecem especial atenção:

“Artigo 1º - A celebração de contrato de gestão com organizações sociais de saúde, tendo por objeto unidades detentoras de mais de 50% (cinquenta por cento) da oferta de serviços de saúde em sua região de inserção, bem como unidades prestadoras de serviços de saúde especializados e de alta complexidade, observará o disposto neste decreto.” (SÃO PAULO [Estado]. Decreto nº 57.108, de 6 de julho de 2011)

Nesse artigo, fica claro que não serão quaisquer instituições, novamente, o foco nos hospitais com serviços de alta complexidade e serviços de média complexidade, mas os serviços que podem mais facilmente garantir lucros, com maior uso de equipamentos tecnológicos que, por outro lado, têm altos custos e demandam um alto investimento. Normalmente, são os serviços providos por tais hospitais que os planos de saúde mais se negam a prover aos seus usuários – tratamentos oncológicos (quimioterápicos, radioterápicos e cirúrgicos), próteses, cirurgias e transplantes – e que se tornam motivo de processos judiciais, nos quais os juízes têm decidido a favor do direito do usuário em obter o procedimento ou tratamento negado¹⁷⁶.

Tais unidades objeto do convênio serão, de acordo com o decreto, indicadas pelo Secretário Estadual da Saúde. Como aponta Gilson Carvalho¹⁷⁷ o intuito do Governo do Estado era o de que os primeiros convênios fossem firmados com o Instituto do Câncer – ICESP – e com o Hospital Estadual de Transplantes.

O decreto segue, em seu segundo artigo, ressaltando que o tratamento igualitário entre os usuários do SUS e os privados deve ser garantido com a mesma disponibilização de equipamentos, acomodações e insumos e que é vedado preferir o paciente particular ou usuário de plano de saúde ao do SUS.

O terceiro artigo esclarece que o contrato é firmado entre as OSs e os pacientes

¹⁷⁶ São vários os exemplos nesse sentido e constantemente veiculados pela mídia, em sites como os do: IDEC – Instituto de Defesa do Consumidor; da ANS – Agência Nacional de Saúde; Direito e Saúde (<http://direitoesaude.wordpress.com>), é possível consultar diferentes casos relacionados a negativa de planos e seguros de saúde a pedidos que foram objeto de litígio judicial.

¹⁷⁷ In: <http://blogsaudabrasil.com.br/2011/07/17/dupla-porta-a-iniquidade-de-acesso-ao-sus/>, acesso em: 08/12/2012.

particulares ou de planos, ficando a Secretaria de Saúde isenta de qualquer ajuste de natureza obrigacional com esses pacientes. Transcrevo o quarto artigo abaixo:

“Artigo 4º - Os recursos financeiros obtidos pelas organizações sociais de saúde em decorrência do disposto no artigo 3º deste decreto deverão ser precipuamente aplicados na melhoria do atendimento e na oferta de serviços do Sistema SUS, observadas as diretrizes fixadas pela Secretaria da Saúde”. (SÃO PAULO [Estado]. Decreto nº 57.108, de 6 de julho de 2011)

A defesa da Lei – inconstitucional, já que vende serviços providos com recursos públicos – constrói-se sob a justificativa de que o ato favorecerá aos mais pobres – usuários do SUS, já que a verba ou os recursos adquiridos com a venda dos serviços será revertida em favor da melhoria dos serviços prestados a todos os usuários indiscriminadamente.

Neste ponto, já é possível voltarmos para o argumento de Adib Jatene, em artigo publicado no jornal Folha de São Paulo, na Coluna Tendências e Debates de 13/06/2011. Nele, Jatene afirma que os ataques ao modelo da Dupla Porta são fruto de desinformação, pois o fato de um usuário de planos de saúde ou paciente privado pagar valores equivalentes aos que pagaria no setor privado por um atendimento em um hospital público não significa que os equipamentos e instalações públicas estão a serviço do privado.

Um primeiro e forte argumento de Jatene está logo no início de seu texto:

“Em nenhum lugar na legislação federal brasileira está escrito que o atendimento do SUS deve ser gratuito. Ao contrário, no parágrafo 2º do art. 2º da lei nº 8.080/90 está especificado: ‘O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade’.” (JATENE. **Folha de São Paulo, coluna Tendência e Debates**, 13/06/2011).

Jatene responde, nesse texto, a outro artigo, publicado em 06/06/11 nessa mesma

coluna, intitulado “Hospital das Clínicas, outro lado da moeda”, de autoria de Anna Yaryd e Gilson Carvalho. Nesse artigo, os autores criticam a proposta de o Hospital das Clínicas do Estado de São Paulo quadruplicar o atendimento a convênios e particulares para garantir sustentabilidade de atendimento à população em geral. A crítica dos autores dirige-se especificamente ao InCor 2, construído nos anos 1990 pela Fundação Zerbini, já com o intuito de atender aos usuários do setor privado. Nos termos dos autores:

“(…) o InCor 2, belíssimo prédio destinado só para esse tipo de atendimento [clientes particulares e convênios], não conseguiu pagar as contas e a dívida foi assumida pelo Governo do Estado, *obedecendo àquela velha fórmula de individualização do lucro e socialização do prejuízo*. Mas esse lado da moeda a administração pública insistiu em omitir. Nessa relação promíscua, na qual o público assume caráter suplementar ao privado, não só haverá a diminuição da capacidade operacional do atendimento público, mas também a acomodação natural do setor privado. Hoje já deficitário, ele deixará de investir na ampliação da própria rede, passando a utilizar-se, de forma bastante convincente, exatamente dos serviços especializados e de alta complexidade nos quais não quer investir, pelo custo elevado.” (YARID e CARVALHO. “Hospital das Clínicas, outro lado da moeda”. **Folha de São Paulo, coluna Tendência e Debates**, 06/06/2011).

O argumento de Jatene, que se soma ao que apresentei anteriormente, é o de que a Fundação construiu o InCor 2 com empréstimo do BNDES por sugestão do então governador Mário Covas, sendo o prédio patrimônio do Estado. O acordo firmado na época com o governador seria o de que, quando as parcelas do empréstimo começassem a vencer, o Estado ajudaria com seu pagamento, o que não aconteceu após o falecimento de Mário Covas. Ainda segundo o autor, o endividamento da fundação não advém da construção do prédio, mas sim da decisão de se contratar funcionários e arcar com demais despesas de funcionamento com recursos da Fundação e não do Estado, como deveria ter sido.

Jatene completa afirmando que apenas 10% do prédio se destina ao atendimento de pacientes particulares e de convênios, então, em resposta direta à Yaryd e Carvalho, afirma:

... me pergunto e os autores defendem o SUS ou, na verdade, os hospitais privados. É como se dissessem: clientela que paga melhor e viabiliza financeiramente os hospitais deve ser exclusiva de hospitais privados, e os hospitais públicos que se virem com o que o SUS paga, sabidamente insuficiente. (JATENE. Folha **de São Paulo, coluna Tendência e Debates**, 13/06/2011).

A proposta da Dupla Porta do governo do Estado de São Paulo foi suspensa por uma ação do Ministério Público Estadual que contesta sua constitucionalidade. O governo do Estado tentou recurso para que os efeitos do decreto 57.108/11 fossem mantidos até o julgamento do mérito da lei, entretanto, ele foi negado em 15/05/2012¹⁷⁸.

a) Distorções e a justificativa pública

Finalizo este capítulo chamando a atenção para as diversas distorções constitutivas do discurso que se propõe a justificar as PPPs, as OSs e a proposta da Dupla Porta.

A justificativa central em torno da adoção dos modelos de gestão tratados neste item constrói-se distorcendo o sentido dos princípios do SUS e sua justificativa na esfera pública. O argumento central do discurso neoliberal adotado é justamente a garantia da efetividade do direito à saúde, apesar de claramente contrariar o desenho da política e seus princípios, bem como desrespeitar a Lei.

A LOS e as demais leis, decretos e normas que dispõem sobre o setor complementar são absolutamente claras ao ressaltar que o setor privado deve ser

¹⁷⁸ Ver notícia disponível em: <http://www.spressosp.com.br/2012/05/justica-veta-lei-da-dupla-porta-dupla-em-sao-paulo/>

acionado em condições excepcionais. Porém, como vimos, a participação do setor privado no público é regra e não excepcionalidade.

Além disso, não por acaso, são justamente os serviços de média e alta complexidade, por um lado, os que mais sofrem com o subfinanciamento e, por outro, os que constituem os alvos preferenciais da política de terceirizações via PPPs e OSs. Fala-se perversamente em *descentralização da gestão pública para o setor privado* e em *distribuir para o SUS recursos advindos dos mais ricos, garantindo melhorias de atendimento aos mais pobres*.

As OSs nada mais fazem do que gerenciar serviços e recursos que são públicos. Ao venderem esses serviços no mercado, nada fazem além de favorecer aqueles que já lucram com a mercadoria saúde.

Tal artimanha fica mais clara ainda na estratégia da Dupla Porta de Entrada. Os hospitais e serviços que são alvo do decreto são justamente aqueles oferecem tratamentos e equipamentos com alto nível de tecnologia, requerendo um montante de investimento que, claramente, o setor privado não está disposto a realizar. Basta lembrarmos que essas são as principais causas de litígio entre planos e seguros de saúde e seus clientes.

Hospitais como o Hospital do Câncer ou o de Transplantes requerem não só altos investimentos para sua construção como também para sua manutenção, o que encareceria mais ainda os planos e seguros de saúde se estes quisessem manter suas margens de lucros – sejam elas quais forem. Isso, conseqüentemente, geraria problemas com a clientela: quantos teriam condições de arcar com planos de saúde que garantissem acesso a serviços como esses? Poucos. Além disso, trata-se de uma clientela que já é absorvida pelos grandes hospitais particulares de ponta, que oferecem seus serviços diretamente ao usuário ou via planos cujo montante ultrapassa significativamente a renda do brasileiro de classe média.

Entretanto, a lei obriga que em caso de necessidade tais serviços sejam garantidos. Mas para que tenha acesso a tais serviços ou o usuário/cliente do setor

privado arca com os custos, seja integralmente, seja complementando os valores já pagos aos planos de saúde, ou, recorre ao SUS alegando que a saúde é um direito universal.

A perversidade da dupla porta é que os planos e seguros oferecerão aos seus segurados serviços providos pelo setor público, cobrarão por isso e garantirão uma margem de lucro ainda maior, pois, certamente, tais serviços custarão menos às empresas da saúde do que se tivessem de provê-los diretamente no mercado.

Assim, os usuários do setor privado/suplementar escolheriam um hospital do SUS para se tratar por falta de opção, colocando suas vidas em risco, já que estes não têm qualidade e são ineficientes em sua gestão . Aqueles que puderem pagar, poderão procurar os serviços de hospitais e entidade particulares renomadas, a classe média consumidora de convênios de saúde acionar o recurso da dupla porta, e, àquele que não tem condições de prover nenhuma das opções , restará aguardar na fila dos serviços públicos, logo após o usuário do setor suplementar.

A proposta da Dupla Porta inverte os princípios do Sistema, fazendo com que o SUS viabilize o setor privado, sendo complementar a este.

O discurso justificatório da ardilosa artimanha transforma estratégias de gestão adotadas pela burocracia estatal para garantir a observância dos princípios norteadores da gestão pública, como a legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência dos atos (regras de contratos, concursos, licitações e a própria organização da administração pública), em barreiras impeditivas para a realização dos deveres do Estado, das políticas públicas, dos direitos de cidadania. Esse discurso busca, dessa forma, garantir a prevalência da moralidade da sociedade de mercado, apartada dos princípios de justiça definidores de sua Carta Magna, a Constituição da República.

X. Considerações Finais

Buscamos, neste trabalho, trazer elementos que nos permitam pensar, primeiro, as políticas públicas a partir de considerações de justiça e, segundo e mais importante, a saúde como uma questão de justiça.

A análise da saúde e sua política empreendida nestas páginas concentrou-se muito mais em seu desenho e no modo como seus princípios se constroem em sua proposta do que nos outros momentos da política pública que foram incorporados a partir de dados secundários produzidos por uma profícua análise que tem sido empreendida por pesquisadores de diferentes áreas há décadas sobre a saúde e os sistemas de saúde no Brasil.

Procuramos apontar como fundamental para a compreensão e análise de políticas públicas um olhar que recaía sobre o todo da política, articulando seus diferentes momentos – da elaboração de seu desenho até seu processo de legitimidade – e cujo foco seja a justiça. Entretanto, uma análise de tal envergadura demanda um grande fôlego de pesquisa, de modo que sua realização não é possível no escopo de uma pesquisa de doutoramento.

O esforço foi o de, a partir da concepção de justiça rawlsiana, elaborar um parâmetro para analisar o SUS. Enquanto política de saúde, o SUS constitui-se em um marco, um ponto de inflexão no direito à saúde no Brasil, representando avanços inegáveis que abrangem da definição de saúde à organização do Estado e às formas de implementação da política.

Mas o SUS tem também sido alvo de duras críticas, que, alimentadas por diferentes interesses, findam, na esfera pública, por colaborar com a construção da imagem de um sistema ineficaz, imagem que, em negativo, sobrepõe-se aos avanços e

conquistas tão evidentes nos resultados em saúde no Brasil dos anos 2000¹⁷⁹. Ao apontar as mazelas do sistema, um olhar centrado em resultados quantificáveis e orientado por um debate focado na falta de aporte financeiro propicia uma análise que, por ocultá-los, induz à ignorância de problemas e questões fundamentais do sistema.

Buscamos, nos três primeiros capítulos desta tese, mostrar porque a saúde é uma questão de justiça, argumento que se constrói tendo por referência a noção de que ela é, ao mesmo tempo, produto e produtora de desigualdades sociais. A saúde não pode ser pensada como um bem primário (RAWLS, 2008) por não se constituir em um critério para a definição de um grupo de desfavorecidos (ou favorecidos) na distribuição de bens e recursos em sociedade, visto que o impacto da saúde – ou doença – é diferenciado inclusive entre indivíduos que poderíamos vir a identificar como pertencentes a um mesmo grupo. Mas, por ser fundamental para a realização das oportunidades e capacidades, deve ser um direito provido pelo Estado de modo universal e equitativo. Não podemos, no entanto, falar em igualdade em saúde, pois isso significaria não considerarmos o cerne de nosso argumento: as variações de necessidades em saúde entre os grupos e os indivíduos, inclusive dentre aqueles que pertencem a um mesmo grupo. Esse argumento tem implicações normativas e para a prática da política.

As normativas, a partir de uma análise rawlsiana, sugerem que a saúde deve ser entendida a partir do princípio da Igualdade Equitativa de Oportunidades, pois seu impacto está em garantir a realização das expectativas de cada pessoa e em mitigar as arbitrariedades geradas por uma distribuição de bens e recursos anterior ao indivíduo e à qual este se submete já no momento de seu nascimento, determinando sua posição em sociedade, portanto, sua sorte ou azar. Em um movimento duplo, garantir às pessoas acesso às condições que lhes propiciem uma vida saudável tal como definida

¹⁷⁹ Tais avanços são evidentes em dados como o de mortalidade infantil, no programa de brasileiro de combate a AIDS, na implementação do PSF – Programa de Saúde da Família, na extensão e cobertura de vacinação e erradicação de doenças, na amplitude da cobertura e assistência de saúde, nos avanços tecnológicos e institucionais e na participação popular, para citar alguns exemplos.

por Norman Daniels, colabora para diminuir o gradiente em saúde e as desigualdades sociais que podem daí surgir, ao passo que também significa mitigar outras desigualdades sociais que incidem sobre a saúde das pessoas, assumindo que, mesmo assim, restarão desigualdades, mas que somente serão injustas aquelas que forem resultantes de uma injusta distribuição dos determinantes sociais da saúde.

Em suma, a garantia de uma vida saudável e o acesso a serviços de saúde têm impacto direto sobre a realização das oportunidades e capacidades das pessoas. Para alguns, como argumentam Nussbaum e Sen, suas condições de saúde em si constituem um ponto de partida desigual, como é o caso dos deficientes que necessitam que a estrutura básica da sociedade proporcione-lhes condições específicas, especiais, para que possam realizar suas expectativas de vida. Entretanto, somam-se à deficiência outras condições dadas pelo acesso aos bens e recursos que cada pessoa tem e, também, pelo estigma social da doença/deficiência, fazendo com que o impacto da deficiência seja maior ou menor tanto na vida daquele que é portador da deficiência como na vida daqueles que com ele convivem.

O mesmo podemos estender para acidentes e doenças debilitantes e/ou crônicas, situações que são produtoras de desigualdades, principalmente – como no caso das deficiências – se aqueles que são por elas vitimados não tiverem um acesso equitativo a tratamento e suporte necessário para que suas vidas aproximem-se ao máximo da normalidade, tanto do ponto de vista do funcionamento do organismo como da vivência social.

Por outro lado, doenças causadas: pela fome; pela falta de acesso a saneamento básico; pela falta de acesso a conhecimento; pela sujeição a trabalhos degradantes; por longos períodos de desemprego; pela sujeição à violência e a desigualdades como as raciais e de gênero são produto de uma desigualdade social que poderia ser evitada.

A injustiça realiza-se de duas formas: uma pela falta de apoio e estrutura para aqueles que são portadores de doenças/deficiências que impactam negativamente, gerando desigualdades, e a outra, por ser oriunda de desigualdades sociais arbitrárias.

É por essa razão que a noção de Determinantes Sociais da Saúde é tão importante, pois traz para o centro do debate a ideia de que determinadas doenças e problemas em saúde só podem ser mitigados se suas causas forem combatidas, retirando do indivíduo a responsabilidade única por sua saúde. Determinadas escolhas e trocas¹⁸⁰ que realizamos por gosto ou para satisfazer as nossas preferências ao longo de nossas vidas podem, sim, ter um impacto negativo sobre nossa saúde, fazendo que a responsabilidade seja atribuída ao indivíduo, mas determinadas trocas e escolhas já são feitas a partir de um patamar de desigualdade sobre o qual o indivíduo não teve poder decisão.

A noção de Determinantes Sociais da Saúde também tem uma forte conexão com a teoria rawlsiana da justiça, considerando que o esforço de Rawls concentra-se em uma justa distribuição dos bens que figuram dentre os determinantes sociais da saúde. E, tal como colocado pela ideia geral da teoria de Rawls, uma vez realizada a distribuição, restarão diferenças que devem funcionar a favor dos mais desfavorecidos – conforme o princípio de diferença, pois as desigualdades serão mitigadas através de uma justa distribuição de bens que visa à equidade. (DANIELS, 2011)

Como implicação prática, para a garantia da saúde, precisamos de uma ampla *política intersetorial* que vise a uma justa distribuição dos determinantes sociais da saúde e de uma *política setorial* específica, voltada para a garantia de serviços de saúde, que seja capaz de oferecer um pacote básico (ou mínimo) de serviços de saúde essenciais para a garantia do funcionamento normal do organismo a todos, somado a oferta de determinados serviços voltados para casos específicos – como quando há a necessidade de tratamentos de alto custo – de forma equitativa.

Nesse ponto, é emblemática a Lei 12.732/12¹⁸¹, recém sancionada pela Presidente Dilma Rousseff, que obriga o SUS a iniciar os tratamentos de câncer em até 60 dias, o que vinha sendo feito, segundo o Tribunal de Contas da União, em um prazo entre 113

¹⁸⁰ Daniels, 2011, p.263.

¹⁸¹ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm. Acesso em: 06/01/2013.

dias e 4 meses¹⁸². Para os propósitos de equidade, a ideia não é a de que todo doente de câncer tenha que ser tratado igualmente, mas sim que todos tenham o justo acesso ao tratamento específico para cada caso no tempo e do modo que for necessário.

Suponhamos que os 60 dias sejam adotados como padrão de tempo igual para início de tratamento a todos os pacientes de câncer. O SUS estará, enquanto instituição, adotando um procedimento extremamente injusto e, o mais grave, que decide diretamente quem vive e quem morre sem que esse critério tenha figurado no debate, subvertendo a intenção da lei, que era garantir acesso ao tratamento. A decisão sobre tratar ou não, sobre o tempo para início do tratamento e sobre as formas de tratamento não deve submeter-se à adoção de tal procedimento.

O ideal para um sistema de saúde justo seria o provimento de serviços de prevenção em saúde e de diagnose e tratamento voltados para o perfil epidemiológico e cultural da população (considerando que haja como pano de fundo uma política intersetorial voltada para uma justa distribuição dos Determinantes Sociais da Saúde), somado a serviços disponibilizados quando necessários, equitativamente, de forma que o início de um tratamento de câncer não precisasse ser estabelecido por uma Lei cuja sanção para o não cumprimento do prazo é sujeitar os gestores direta e indiretamente responsáveis a *penalidades administrativas* (não definidas pelas lei), lei que, acima de tudo, não atenta para a principal causa do problema: a falta de estrutura para garantir o tratamento.

Tais decisões acerca de quais tratamentos devem ser disponibilizados, de como e a que tempo isso deve ocorrer, são, obviamente, tomadas em diferentes momentos da política. Para garantir sua justiça, além de serem condizentes com a definição de saúde que adotamos nesta tese, é preciso que o processo adotado permita a participação dos produtores e usuários da política e da sociedade civil (quando houver necessidade) e

¹⁸² Ver matéria publicada no site da Câmara dos Deputados Federais: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/tv/materias/CAMARA-HOJE/431047-SANCIONADA-LEI-QUE-OBRIGA-O-INICIO-DE-TRATAMENTO-DE-CANCER-PELO-SUS-EM-ATE-60-DIAS.html>. Acesso em: 06/01/2013.

que seja público, para que todos saibam o que esperar e como avaliar tanto o sistema quanto uns aos outros.

Ao final do terceiro capítulo, o esforço foi estabelecer um parâmetro normativo a partir do qual realizar julgamentos da justiça de sistemas de saúde considerando a importância da saúde para uma sociedade justa. A definição de saúde justa apresentada é formada pelos elementos que apresentamos até este ponto de nossa conclusão, somada à ideia de que ela deve ser um direito universal, garantido pelo Estado e provido por este através de políticas públicas.

No quarto e no quinto capítulos, trabalhamos questões voltadas para o processo de análise e elaboração das políticas públicas, com considerações acerca do papel das instituições em uma sociedade democrática justa e acerca da análise de políticas públicas através das teorias da justiça e da democracia, procedimento do qual é comum esperarmos resultados mais justos e que, também por claras razões históricas, foi sobrevalorizado na política brasileira.

A discussão sobre os limites do poder coercitivo do Estado quando em relação com o indivíduo é fundamental para as políticas de saúde naturalmente intervencionistas, pois o Estado intervém diretamente na vida das pessoas, seja através da figura do médico, que diz a elas o que elas têm ou não – em termos de doença – e o que deve então ser feito e como fazê-lo, seja através da definição de padrões de saúde e de cuidados, tanto para com a saúde coletiva (como no caso das campanhas contra a dengue em que agentes do estado adentram as casas e dizem como estas devem ser organizadas) como para com o próprio corpo, através das campanhas de vacinação ou de orientações que nos dizem o que devemos ou não comer, se devemos ou não ingerir bebidas alcoólicas, quais atividades físicas realizar, quantas horas devemos dormir, etc.

A questão central é que tais intervenções devem respeitar a autonomia individual e suas particulares concepções de bem, mas devem ser, ao mesmo tempo, condizentes com as normas das instituições da estrutura básica da sociedade e com seus princípios de justiça, referindo-se ao comportamento dos indivíduos quando em relação com elas

e permitindo o debate e o conflito quando temas polêmicos surgirem.

Um exemplo é a polêmica gerada na sociedade brasileira em torno do tema do aborto. A discussão em torno do tema faz-se através da mobilização de argumentos que se fundamentam em doutrinas abrangentes do bem (como as religiões), para os quais o cerne da questão constitui-se no pecado e na desmoralização moral da mulher que pratica o aborto, já que esta está não somente atentando contra a própria vida, mas também contra a de seu próprio filho. Entretanto, esse argumento não deveria ser utilizado para decidirmos uma questão pública e política. Para além das crenças religiosas e do quesito pecado, estão questões que envolvem a liberdade da mulher, seu direito de decidir sobre seu próprio corpo e sobre os rumos de sua própria vida. Somam-se também questões de saúde, já que muitas mulheres praticam o aborto em condições inseguras e degradantes, que colocam em risco sua saúde e vida. Devemos também aqui incorporar as relações de gênero que pesam nas decisões de uso de métodos contraceptivos entre os casais e também nas decisões sobre ter ou não o filho indesejado. Note-se que 1 entre 5 mulheres na faixa entre 35 e 49 anos já realizaram um aborto, o que indica que se tratam de mulheres com uma estrutura familiar diferenciada da jovem ou adolescente que, por falta de informações, finda por vivenciar uma gravidez indesejada.

Todas as questões devem ser acrescidas das desigualdades regionais de acesso a métodos contraceptivos, das desigualdades de renda, de educação e de acesso à informação.

Tudo isso somado denota que essa é uma discussão que deveria centrar-se, antes de tudo, no direito das mulheres de decidirem sobre sua vida e seu corpo, no direito à saúde (já que os abortos praticados representam um risco à saúde das mulheres) e em conhecer as razões que levam tantas mulheres ao aborto, o que possibilitaria a elaboração de políticas que, em conjunto com uma política de planejamento familiar, diminuiriam ao máximo os casos de aborto.

Em suma, o Estado deveria intervir garantindo às mulheres condições de decidir e

de ter controle sobre o próprio corpo – seja através da adoção de métodos contraceptivos, seja pelo aborto, mas sem que estas fossem criminalizadas por essa decisão, independentemente de suas doutrinas abrangentes do bem que podem ser adotadas como critério individual para a tomada de tais decisões. Acima de tudo está seu próprio direito à vida e, mais, a uma vida que elas possam valorizar.

Da análise propriamente dita de políticas públicas, o argumento de Rosthstein que norteou esta tese é a necessidade de olharmos para os procedimentos e, ao mesmo tempo, para a substância da política, para seus objetivos e conceitos. À ideia de que instituições justas levam a um comportamento justo acrescentamos a de que as concepções individuais dos sujeitos envolvidos com ela também colaboram para definir e redefinir as normas da instituição e, por isso, na prática, a relação entre instituição justa e comportamento justo não é direta. No entanto, se os princípios de justiça norteadores da instituição e da estrutura básica forem conhecidos e considerados legítimos, e se os objetivos e procedimentos adotados pela instituição forem condizentes com estes, então estaremos mais propensos a alcançar resultados justos.

Analiticamente, os procedimentos das instituições – no nosso caso o SUS – devem ser julgados levando-se em consideração o primeiro princípio da justiça: o procedimento adotado não deve violar as liberdades fundamentais e a igualdade moral da qual os cidadãos são portadores, incluindo aqui o direito à participação política, ao passo que os resultados devem ser julgados tomando o segundo princípio da justiça como critério, ou seja, se eles têm garantido às pessoas a igualdade equitativa de oportunidades e suas capacidades de realizarem suas expectativas ao longo de suas vidas, contribuindo para diminuir o gradiente social da saúde.

O debate que se segue no quinto capítulo, sobre a relação entre democracia e justiça, tem como intuito delimitar o que podemos esperar da justiça e da democracia, justamente porque não é a maior ou menor democraticidade dos procedimentos adotados por uma instituição/política pública o que definirá ou implicará a justiça de seus resultados. Ou seja, não é o fato de ser uma política democrática e aberta para a

participação popular com poder de deliberação sobre questões surgidas no cotidiano da política que faz do SUS um sistema justo. A democracia é um requerimento da justiça, mas não é, por si só, justa.

Como vimos, nos capítulos seguintes, o SUS enfrenta dilemas que se iniciam com os fundamentos de sua proposta. O problema não está, em si, no fato de se permitir que a saúde seja também ofertada pelo setor privado, nem na construção de um “sistema complementar”, mas, sim, na ausência de uma delimitação que indique onde começa um e termina o outro. Setor público e privado constituem-se como concorrentes, com o primeiro funcionando como complementar ao segundo em diferentes momentos, sob um pano de fundo de políticas neoliberais e de uma estrutura social meritocrática que naturaliza as diferenças e imputa a realização ou não de suas expectativas principalmente ao indivíduo.

Mas, a despeito disso, o ideário definidor do SUS permanece inquestionável, sendo por ele que o sistema se sustenta. O ideal de pessoa e de cidadania a partir do qual o SUS constrói a si e a seus princípios centrais – universalidade, integralidade, igualdade, gratuidade, participação e descentralização – são socialmente ratificados. Sua legitimidade não é questionada, sendo *o reconhecimento de seus propósitos e princípios como um ideal normativo de especial valor moral que o mantém*.

Questionar esses princípios diretamente significaria dizer que o ideal republicano democrático ratificado pela Constituição é injusto. Assim, o desmonte do sistema é levado a cabo pelo viés da impossibilidade de sua realização por um discurso e prática política que – como notou Dagnino (2002) – promove perversamente uma distorção de conteúdo das propostas e princípios do sistema, transmutando direito em mercadoria, descentralização em terceirização e cidadão em consumidor, através de um falso¹⁸³ dilema construído em torno da qualidade e eficácia dos serviços oferecidos.

Esse discurso se dirige ao ethos de uma minoria que se considera merecedora de

¹⁸³ Falso porque ele se baseia na ideia de que o Estado não é capaz de prover uma política pública de saúde de qualidade.

um serviço “de qualidade”, grupo para o qual o poder pagar por tais serviços também funciona como um fator de distinção.

Mais perverso é quando esse discurso é adotado pelos gestores da política, muitos também técnicos – profissionais da saúde – que se empenham em vender a proposta da terceirização da gestão ou da dupla-porta de entrada, pois esse gestor também está dizendo aos usuários diretos e indiretos do sistema que sua face pública é ineficiente, que não tem qualidade.

Retomando o argumento rawlsiano de Rothstein, de que instituições justas importam porque elas moldam o caráter, os objetivos e o comportamento das pessoas, perguntamos: qual tipo de pessoa e de comportamento está sendo incentivado quando aqueles que representam o SUS adotam tal atitude? Acredito que podemos inferir, como consequência direta do comportamento das pessoas, a falta de confiança na instituição e suponho que haja, indiretamente, a construção de um questionamento que perpassa a justiça da instituição, correndo-se o risco de que esta passe, paulatinamente, a ser percebida como injusta, não em seus procedimentos e resultados, mas em seus princípios, induzindo as pessoas a questionarem, em última instância, a própria noção de saúde como direito universal, sem, no entanto, que esse questionamento seja publicamente e explicitamente colocado.

Como o SUS sustenta diferentes princípios de justiça, um assumido – que garante a sua legitimidade, e o outro tácito, apesar de presente na letra da lei e nas entrelinhas do sistema e de funcionar no dia-a-dia da política – abre-se espaço para um desmonte que pode ser colocado em marcha com grande facilidade.

Por essa razão, a justiça importa. A concepção de justiça deve ser anterior e sustentada pela sociedade. Os procedimentos, normas e estratégias devem ser acordados em função da concepção de justiça acordada. Se o processo será democrático ou não; se o objeto da política é um direito universal ou não; se a política terá um caráter intervencionista e até que ponto influenciará nas decisões pessoais dos cidadãos; se será uma política pública de gestão descentralizada ou não; se haverá

gestão tripartite envolvendo Estado/Mercado/Cidadão; se contará com a participação popular, em quais instâncias, através de quais instrumentos e com que caráter; se estes serão consultivos ou deliberativos... Essas são decisões que devem ser tomadas visando à realização dos princípios de justiça adotados e que poderão e devem ser debatidas e questionadas ao longo do tempo para que sejam capazes de incorporar e abarcar as mudanças sociais que impactam sobre o fazer da política.

Se nossas preocupações com a justiça advêm do reconhecimento de arbitrariedades sociais que podem (devem) ser corrigidas através de uma justa distribuição de bens, bem como se reconhecemos a saúde como um bem de especial importância moral por ser fundamental para a realização de nossas expectativas de vida é preciso assumir uma concepção de justiça e princípios que visem à realização desses fins.

Uma questão premente que já deve ser enfrentada pelo SUS e pela sociedade brasileira está dada pela mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população, com o aumento de doenças crônico-degenerativas e senis que terão importante impacto no sistema.

Uma série de debates precisam ser desencadeados para decidir, por exemplo: sobre o aporte de recursos e sua distribuição dentro do sistema, sobre prioridades de tratamento, sobre campanhas de orientação/conscientização e prevenção a respeito dessas “novas doenças” que serão cada vez mais comuns e sobre o investimento em pesquisa e produção de conhecimento e tecnologias de diagnose e tratamento. Será preciso, além disso, repensar a formação dos profissionais da saúde, que precisam estar aptos a lidar com esse novo perfil de doenças e de pacientes, bem como discutir o impacto destes em outras áreas da vida e nas outras instituições da estrutura básica envolvidas direta e indiretamente com o paciente e com a doença.

Entretanto, o conteúdo desses debates e suas decisões dependerão do entendimento de justiça e de saúde adotado. Se este for o de uma sociedade democrática fundamentada nas liberdades básicas fundamentais e na igualdade moral

de seus cidadãos, para a qual a saúde é um bem essencial e, portanto, um direito universal, com um sistema de saúde público que se constrói tomando, de fato, os princípios centrais do SUS como fundamentais, então, espera-se que as decisões às quais se chegará sejam aquelas que venham a fortalecer a atuação dos setores públicos em saúde e ensejem uma compreensão coletiva que dê suporte ao seu funcionamento e manutenção, dado que este é um problema a ser enfrentado pelas instituições da estrutura básica da sociedade.

Entretanto, se os princípios adotados forem os de uma sociedade de mercado (Sandel, 2012), neoliberal, libertária e meritocrática, o caminho será o de enxugar o sistema ao máximo, deixando que ele cumpra o papel de uma assistência emergencial àqueles que não puderem pagar por atendimento/tratamento médico e o de investir no fortalecimento do setor privado, propiciando a sua manutenção com subsídios que garantam seus lucros através de uma regulação estatal – o que já vêm sendo de certa forma praticada pela ANS – que delimite os limites para a efetivação das trocas no mercado, tais como reivindicadas pela teoria de Nozick e Hayek.

O que delineei nas duas hipóteses acima são sistemas de saúde distintos, orientados por concepções de justiça distintas.

O dilema é: atualmente, ambas as concepções estão presentes no sistema. A disputa dos projetos políticos democráticos e neoliberal tem se dado no cotidiano do sistema, aparentemente apartada dos significados de princípios de justiça que orientam o SUS, de modo que, na prática, é o segundo projeto que tem se delineado com muito mais força do que desejaríamos, fazendo do SUS um sistema injusto perante seus princípios e, normativamente, perante os princípios de uma sociedade liberal-igualitária democrática e justa.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, Celia. **O mercado Privado de serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar**. Brasília, IPEA, 1998.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar. “A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento. In: **Saúde em Debate**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde”. Rio de Janeiro, v.33, n.83, set/dez 2009.
- ARRETCHE, Marta. “Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas”. In: **Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais**, vol. 39, 1996.
- AVRITZER, Leonardo (org). **A Dinâmica da Participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.
- AWOFESO, Niyi. “Re-defining ‘Health’”. Üstün & Jakob. 2005; 83:802. Disponível em: http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/83/ustun11051/en/. Acesso: 31/01/2013.
- AZEVEDO, V.A.Z; KITAMURA, S.: “Stress, Trabalho e Qualidade de Vida”. Disponível em http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/foruns_interdisciplinares_saude/fadiga/fadiga_cap10.pdf (Acesso em 28/06/2012).
- BACKES, D.; KOERICH, M; RODRIGUES, A; DRAGO,L; KLOCK, P; ERDMANN, A . “O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da Carta dos Direitos dos Usuários”. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, nº 14 (3): 903 – 910, 2009.
- BAHIA, Ligia. “A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificção”. In: **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Org. Nelson Santos e Paulo Amarante. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.
- _____. “O SUS e os Desafios da universalização do direito à saúde: tensões, padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro.” **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. (Org) Lima, N; Gershman,

- S; Edler, F. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.
- BAQUERO, Marcelo. “Democracia, participação e capital social no Brasil hoje”. In: **Participação, Democracia e Saúde**. Org. Sonia Fleury e Lenaura Lobato. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.
- BARRA, D. C. C.; NASCIMENTO, E. R. P.; MARTINS, J.J; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMANN, A. L. “Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem.” **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2006;8(3):422-30. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm
- BARROS, José Augusto. “Pensando o Processo Saúde Doença: a que responde o modelo biomédico?” In: **Saúde e Sociedade**, v.11, n.01, jan-jul, 2002.
- BARROS, R; CARVALHO, M; FRANCO, S; MENDONÇA, R; ROSALÉM, A. “Sobre a evolução recente da pobreza e da desigualdade no Brasil.” In: **Situação social brasileira: monitoramento das condições de vida 1**. Org. Jorge Castro, Fábio Vaz. Brasília: IPEA, 2011.
- BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.
- BECK, Ulrich. **Sociedade de Risco. Rumo a uma outra modernidade**. São Paulo: Ed. 34, 2010.
- BECK, Ulrich; GIDDENS, Anthony; SCOTT, Lash. **Modernização Reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. São Paulo: Ed. UNESP, 2012.
- BERLIN, Isaiah. **Estudos Sobre a Humanidade. Uma antologia de ensaios**. São Paulo, Companhia das Letras, 2002.
- BOBBIO, Norberto. **Igualdade e liberdade**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.
- _____. **A era dos Direitos**. Nova ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- CAMARANO, A; KANSO. “Tendências demográficas mostradas pela PNAD 2008”. In: **Situação social brasileira: monitoramento das condições de vida 1**. Org. Jorge Castro, Fábio Vaz. Brasília: IPEA, 2011.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. “Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão”. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, nº 12 (2): 301 – 307, 2007.

- _____. “Modo de coprodução singular do Sistema único de saúde: impasses e perspectivas.” In: SANTOS, N. e AMARANTE, P. (orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.
- CAMPOS, Rosana Onocko. “Planejamento em Saúde: a armadilha da dicotomia público privado.” In: SANTOS, N. e AMARANTE, P. (orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.
- CARVALHO, Gilson. Avaliação do atual modelo da gestão pública do SUS quanto ao financiamento público na saúde. In: SANTOS, N. e AMARANTE, P. (orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro, CEBES, 2010.
- _____. “Dupla Porta: A iniquidade de Acesso ao SUS”. Disponível em: <<http://blogsaudefrasil.com.br/2011/07/17/dupla-porta-a-iniquidade-de-acesso-ao-sus/>>. (Acesso em: 28/06/2012)
- CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde**. Campinas, SP: Ed. da UNICAMP, 2006
- CASTRO, Roberto. **Teoría social y salud**. Buenos Aires: Lugar Editorial; Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2011.
- COHEN, Joshua. “For a Democratic Society.” In: **The Cambridge Companions to Rawls**. Edited by Samuel Freeman. New York: Cambridge University Press, 2006.
- CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. “Conselhos e Conferências de Saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade”. In: **Participação, Democracia e Saúde**. Org. Sonia Fleury e Lenaura Lobato. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.
- CNDSS. “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde”. Abril, 2008. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>.
- DAGNINO, Evelina (org.). **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo, Paz e Terra, 2002.
- _____.(org) **A disputa pela Construção Democrática na América**

- Latina.** São Paulo: Paz e Terra; Campinas, SP: Unicamp, 2006.
- DAHL, Robert. **A democracia e seus críticos.** São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.
- DANIELS, Norman. **Justice and Justification. Reflective equilibrium in theory and practice.** New York, NY: Cambridge University Press, 1996.
- _____. **Just Health. Meeting health needs fairly.** New York, NY: Cambridge University Press, 2008.
- _____. “Porque a justiça é importante para a nossa saúde.” **Revista Idéias**, IFCH – UNICAMP, vol.01, n. 02, Campinas - SP, 2011.
- _____. “Democratic Equality: Rawls's Complex Egalitarianism”. In: **The Cambridge Companions to Rawls.** Edited by Samuel Freeman. New York: Cambridge University Press, 2006.
- DE MARIO, Camila. **Ouvidorias Públicas Municipais no Brasil.** Jundiaí, SP, Paco Editorial, 2011.
- DE MARIO, Camila. “Uma abordagem epistêmica da democracia”. In: **Ideias**, revista do IFCH. Campinas, SP: Unicamp, 2010.
- DOWBOR, Monika. “Origins of Successful Health Sector Reform: Public Health Professionals and Institutional Opportunities in Brazil”. Presented in IPSA’s 21st World Congress of Political Science, Santiago, 2009. In: <http://paperroom.ipsa.org/papers/view/2980>
- DOWDING, Keith. “Are democratic and just institutions the same?” In: DOWDING, K.; GOODIN, R.; PATEMAN, C. (Eds.). **Justice and Democracy. Essays for Brian Barry.** United Kingdom, Cambridge University Press, 2004 (kindle edition).
- DUARTE, Clarice Seixas. “O Direito Público Subjetivo e Políticas Educacionais”. In: **São Paulo em Perspectiva**, 18(2): 113 – 118, 2004.
- DUARTE, Cristina Maria Rabelais. “Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?” In: **Ciência e Saúde Coletiva**, nº 05 (2): 443-463, 2000.
- SCOREL, S; NASCIMENTO, D; EDLER, F. “As origens da reforma sanitária e do SUS”.

- In: **Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS**. Organizado por Nísia Lima; Silvia Gerchman e Flavio Edler. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- ESTLUND, David. **Democratic Authority. A Philosophical Framework**. Princeton University, 2008.
- FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. “A política da avaliação de políticas públicas.” In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-109, out. 2005.
- _____. “Idéias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes.” **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-29, fev. 2003.
- FREY, Klaus. “Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil”. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.
- FERRAZ, Luciano. “Lei de Responsabilidade Fiscal e Terceirização de Mão de Obra no Serviço Público. Função Administrativa.” **Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico**, Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, nº 08, nov/dez – 2006/ jan de 2007. Disponível na Internet: <http://www.direitodoestado.com.br>. Acesso em: 04/12/2012.
- FLEISCHACKER, Samuel. **Uma breve história da justiça distributiva**. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2006.
- FREEMAN, Samuel. **Rawls**. London: Routledge, 2008.
- _____. “Introduction: John Rawls – An Overview”. In: _____(ed.) **The Cambridge companion to Rawls**. New York: 2006.
- FORST, Rainer. **Contextos da Justiça: filosofia política para além de liberalismo e comunitarismo**, São Paulo: Boitempo, 2010.
- _____. **The Right to justification. Elements of a constructivist theory of justice**. New York: Columbia University Press, 2012.
- GARGARELLA, Roberto. **As teorias da Justiça depois de Rawls. Um breve manual**

- de filosofia política.** São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008.
- GERSCHMAN, Silvia. **A democracia Inconclusa. Um estudo da reforma sanitária brasileira.** Rio de Janeiro, RJ, Fiocruz, 2004.
- GOODIN, Robert. "Democracy, justice and impartiality." In: DOWDING, K.; GOODIN, R.; PATEMAN, C. (Eds.). **Justice and Democracy. Essays for Brian Barry.** United Kingdom, Cambridge University Press, 2004 (kindle edition)
- GUTMANN, Amy; THOMPSON, Dennis. **Democracy and disagreement.** Cambridge: Harvard University Press, 1996.
- HABERMAS, Jürgen. **Ay, Europa! Pequeños escritos políticos.** Madrid, Editorial Trotta, 2009.
- HAYEK, Friedrich. **O caminho da servidão.** Porto Alegre: Globo, 1977.
- KLIKSBERG, Bernardo; SEN, Amartya. **As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado.** São Paulo: Companhia da Letras, 2010.
- KYMLICKA, Will. **Filosofia Política Contemporânea.** São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2006.
- LABRA, Maria. "Política nacional de participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial." In: Fleury S, Lobato LVC, organizadores. **Participação, democracia e saúde.** Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 176-203.
- LAVALLE, Adrian G. **Vida Pública e Identidade Nacional: leituras brasileiras.** São Paulo: Globo, 2004.
- _____. "Após a participação: Nota Introdutória." In: **Lua Nova**, n.84, São Paulo, 2011.
- LAVALLE, A.; VERA, E. "A trama da crítica democrática: da participação à representação e à accountability". In: **Lua Nova**, n.84, São Paulo, 2011.
- LESSA, Renato. "A constituição brasileira de 1988 como experimento de filosofia pública: um ensaio. In: GEORGE, R.; RIDENTI, M.; BRANDÃO, G. (Orgs.). **A**

- Constituição de 1988 na vida brasileira.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, Anpocs, 2008.
- LIMA, Clóvis. **Informação e Regulação da Assistência Suplementar à Saúde.** Rio de Janeiro: E-Papers Serviços Editoriais, 2005.
- LIMA, N.T.; FONSECA, C.;HOCHMAN,G. “A saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica” In: LIMA, N.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. (Orgs.). **Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- LUNA, Lara. “ ‘Fazer viver e deixar morrer’. A má-fé da saúde pública no Brasil”. In: Jessé Souza (org) **A ralé brasileira. Quem é e como vive.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.
- MAGALHÃES, F. “O passado ameaça o futuro. Toqueville e a perspectiva da democracia individualista”. In: **Tempo Social**, Revista de Sociologia. São Paulo, USP: 2000.
- MÉDICI, André. “Propostas para Melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde.” In: BACHA, E.; SCHWARTZMAN, S. (Orgs.). **Brasil a Nova Agenda Social.** Rio de Janeiro: RJ, LTC, 2011.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda para a Saúde.** São Paulo, SP: HUCITEC, 1999.
- MENDES, Vera Lúcia Ferreira. **Uma clínica no coletivo: experimentações no programa de saúde da família.** São Paulo: Hucitec, 2007.
- MENICUCCI, Telma. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- _____. “A reforma Sanitária Brasileira e as relações entre o público e o privado.” **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde.** Org. Nelson Santos e Paulo Amarante. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.
- MOUFFE, Chantal. **The democratic paradox.** London: Verso, 2009.
- _____. **On the political. Thinking in action.** New York: 2005.

- MORRIS, Christopher. **Um ensaio sobre o estado moderno**. São Paulo: Landy Editora, 2005.
- NOZICK, Robert. **Anarquia, Estado e Utopia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- NUSSBAUM, Martha Craven. **Frontiers of justice: disability, nationality, species membership**. London: The belknap Press of Havard University Press, 2006.
- O'DONNELL, Guillermo. **Democracia, Agência e Estado. Teoria com intenção comparativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
- OSORIO, Rafael; SOUZA, Pedro. "O efeito da desigualdade regional na desigualdade racial". In: **Situação social brasileira: monitoramento das condições de vida 1**. Org. Jorge Castro, Fábio Vaz. Brasília: IPEA, 2011.
- RAWLS, John. **Uma Teoria da Justiça**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2008.
- _____. **Political Liberalism**. Expanded Ed. New York: Columbia University Press, 2005.
- _____. **Justiça como Equidade**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2003.
- _____. "Kantian Construtivism in Moral Theory". In: FREEMAN, S. (ed.). **John Rawls Collected Papers**. London, England: Havard University Press, 1999.
- _____. "Social Unity and Primary Goods". In: FREEMAN, S. (ed.). **John Rawls Collected Papers**. London, England: Havard University Press, 1999.
- RICOEUR, Paul. **O justo: a justiça como regra moral e instituição**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008.
- ROSANVALLON, Pierre. **La legitimidade democrática: imparcialidad, reflexividad, proximidad**. Buenos Aires: Manantial, 2009.
- ROTHSTEIN, Bo. **Just Institutions Matter**. Cambrigde, United Kingdom: Cambrigde University Press, 1998.
- _____. **Social Traps and the problem of trust**. New York, USA: Cambrigde University Press, 2005.
- SANDEL, Michael J. **O que o dinheiro não compra. Os limites morais do Mercado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

- SANTOS, Laymert Garcia dos. “Tecnologia, perda do humano e crise do sujeito de direito.” In. **Politizar as novas tecnologias: o impacto sócio-técnico da informação digital e genética**. São Paulo: Ed. 34, 2003.
- SANTOS, Lenir. “Administração Pública e a Gestão da Saúde.” In: **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Org. Nelson Santos e Paulo Amarante. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.
- SANTOS, Nelson Rodrigues. “SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte, o direito sanitário, a governabilidade e a busca de saídas.” Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: www.cebex.org.br,
- SARLO, Beatriz. **Tempo presente: notas sobre a mudança de uma cultura**. Rio de Janeiro: José Olympo, 2005.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F. “O Conceito de Saúde.” In: **Revista de Saúde Pública**, vol.31, n.05, outubro/2005.
- SEN, Amartya. **The Idea of Justice**. Massachusetts: Belknap Press of Harvard University Press, 2009.
- _____. **Inequality Reexamined**. New York: Oxford University Press, 1992.
- SOUZA, Jesse. **A Construção Social da Subcidadania. Para uma sociologia da modernidade periférica**. Belo Horizonte: UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2003.
- _____. (org) **A ralé brasileira. Quem é e como vive**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.
- SZWAKO, José. “Os sentidos da democracia: crítica, aposta e perplexidade na produção do CENEDIC”. In: **Lua Nova**, 78:251-303, 2009
- _____. **Del otro lado de la vereda: luta feminista e construção democrática no Paraguai pós-ditatorial**. Tese de Doutorado. IFCH – UNICAMP, Campinas, SP, 2012.
- TELLES, Vera da Silva. **Direitos sociais: afinal do que se trata?**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.
- TOCQUEVILLE, A. “A democracia na América”. In: **Jefferson / Federalistas / Paine /**

- Tocqueville**. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1979. Col. Os pensadores.
- VITA, Alvaro de. **O liberalismo igualitário. Sociedade Democrática e justiça internacional**. São Paulo: Ed. WMF Martins Fontes, 2008.
- _____. **A justiça Iguatária e seus críticos**. São Paulo, WMF Martins Fontes, 2007.
- _____. “Apresentação da Edição Brasileira”. In: RAWLS, J. **Uma Teoria da Justiça**. Ed. Martins Fontes, 2008b.
- _____. “Sociedade Democrática e Tolerância Liberal”. In: **Revista Novos Estudos**, n.84, 2009.
- _____. “Democracia Deliberativa ou Igualdade de Oportunidades Políticas?”. In: **Revista Novos Estudos**, n.66, Cebrap, 2003.
- _____. “Liberalismo, Justiça Social e Responsabilidade Individual”. In: **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol.54, nº4, 2011, pp.569 a 608.
- YOUNG, Iris Marion. **Inclusion and Democracy**. New York: Oxford University Press. 2000.
- WALL, Ann. “Introduction”. In: _____(org.). **Health Care Systems in liberal democracies**. London: Routledge, 1996.
- WALZER, Michael. **Esferas da Justiça. Uma defesa do Pluralismo e da Igualdade**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- WEALE, Albert. “Contractarian theory, deliberative democracy and general agreemen”. In: DOWDING, K.; GOODIN, R.; PATEMAN, C. (Eds.). **Justice and Democracy. Essays for Brian Barry**. United Kingdom: Cambridge University Press, 2004 (kindle edition)
- WHITEHEAD, Margaret. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1985.
- WOLFF, Jonathan. **Robert Nozick: property, justice and minimal state**. Stanford: Stanford University, 1991.
- WHO. **Social determinants approaches to public health: from concept to practice**.
-

Geneva, Switzerland: WHO Press, 2011.

WHO. **Equity, social determinants and public health programmes.** Geneva, Switzerland: WHO Press, 2010.

WHO. **Principles and Basics Concepts of Equity and Health.** Division of Health and Human Development, PAHOWHO, 1999.

Leis

Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988/ obra coletiva da editora Saraiva com a colaboração de Antonio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes – 38.ed. Atual – São Paulo: Saraiva, 2006.

Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. In: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília : CONASS, 2003

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso: 31/01/2013.

Lei Complementar nº 101, de 4 maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm. Acesso em: 06/01/2013.

Lei nº 12.732, de 22 de Novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm. Acesso em: 06/12/2012.

Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm. Acesso em: 20/11/2012.

Lei nº 9.656 de 03 de Junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm. Acesso em: 20/11/2012.

Lei Complementar 1131 de 27 de dezembro de 2010 do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1026360/lei-complementar-1131-10-sao-paulo-sp>. Acesso em: 06/01/2013.

Decreto 57.108 de 06 de julho de 2011 do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028426/decreto-57108-11-sao-paulo-sp>. Acesso em: 06/01/2013.

Resolução Normativa – RNº 259, de 17 de junho de 2011. Disponível em: http://www.ans.gov.br/texto_lei_pdf.php?id=1758. Acesso em: 26/11/2012

Resolução nº 333 de 04 de novembro de 2003. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf. Acesso em: 12/12/2012.

RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde. Ministério da Saúde, 2012.

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Ministério da Saúde, 2012. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/anexos_rename_2012_pt_533_11_06_2_012.pdf. Acesso em: 31/01/2013.