

AMÉLIA COHN

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
e Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC)

Descentralização, Saúde e Cidadania

**Análise de uma Experiência de Gestão Local:
Município de São Paulo, Brasil, 1989-1992***

85

Discute-se o poder local como espaço privilegiado de constituição de novas identidades e sujeitos sociais, partindo da análise de uma experiência concreta onde — da ótica das questões relativas à descentralização e de modelos distintos de gestão local — se buscava articular a democracia direta com a democracia representativa no setor da saúde.

A análise toma como referências centrais: a) as distintas racionalidades presentes na defesa da descentralização como fator de democratização

das políticas sociais; b) distintos modelos de gestão local na busca de maior racionalidade e eficiência para as políticas sociais; c) a relação sociedade/Estado e a permeabilidade deste às demandas sociais, no nível local, configurando-se este como espaço privilegiado de construção de novas identidades sociais; e, finalmente, d) identificar fatores favoráveis e desfavoráveis na relação entre descentralização e democratização do Estado e da sociedade.

A análise de uma experiência de Gestão Local da saúde admite várias perspectivas. De um lado, pode-se enfatizar a busca de maior eficiência e racionalidade de serviço, da ótica do custo/benefício; de outro, pode-se enfatizar a relação de descentralização/democratização da saúde, onde ganha destaque o nível local como espaço privilegiado de construção de novas identidades sociais. Neste último caso, o tema da eficiência e racionalidade da política de saúde ganha novas fronteiras: para além da especificidade setorial, o que está em questão é a construção de uma sociedade mais democrática. Em última instância, a relação entre democracia política e democracia social, e portanto a relação entre Estado e Sociedade.

Como já apontaram vários autores (Tobar, 1991, dentre outros), o tema da descentralização tende a emergir nas con-

**Descentralização,
racionalidade e
democracia**

* Comunicação apresentada no III Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, realizado em Lisboa de 4 a 7 de Julho de 1994.

junturas de transição e consolidação dos regimes democráticos, hibernando nos períodos autoritários e ditatoriais. Acompanha essa emergência, no geral liderada pelos setores progressistas, a valorização da criação de novos espaços institucionais de participação, com poder deliberativo, como estratégia política de ampliar, no espectro social, as oportunidades de acesso ao poder.

Não obstante, a defesa da descentralização não é privilégio dos setores progressistas. Os principais órgãos internacionais de financiamento também a indicam como um dos mecanismos centrais do saneamento fiscal — e de certa forma também social — das sociedades periféricas.

Partindo-se, portanto, dessas duas perspectivas, onde esta última coloca na busca da racionalidade e eficiência das políticas sociais uma das razões centrais da sua proposta, enquanto aquela valoriza a dimensão política da descentralização, há que se buscar articular as dimensões política e económica desse processo.

A Constituição de 1988 considera os municípios como parte integrante da Federação, e reza no seu artigo 18 que «a organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos...». Como aponta Sato, este fato novo leva a associar descentralização à municipalização, vinculando-a ao processo de autonomização das distintas unidades sub-nacionais entre si (Sato, 1993).

É esse mesmo autor quem aponta, no entanto, que o texto constitucional discrimina, em outro artigo, a competência comum dessas várias esferas de poder, abrangendo vários setores: da saúde à cultura, educação, ciência, meio-ambiente, saneamento básico, dentre outros. E a partir daí afirma, depois de alertar para a heterogeneidade setorial, que «as contradições e heterogeneidades detectadas não são de ordem formal ou lógica, mas sim de natureza substantiva, sintoma de que a Constituição expressa a indefinição de perdas e ganhos de grupos específicos (atores sociais) que representam interesses e aspirações para manter ou mudar o *status quo* (*ibid.*: 10). E aponta, ainda, que essa tendência descentralizante da nova Constituição pode ser associada aos signos do Estado moderno, na medida em que contempla a democratização, a autonomização e a participação popular.

Claro está que o destaque dado a esses aspectos coloca ênfase na dimensão política da descentralização, que ao

mesmo tempo apresenta a sua outra face: o esvaziamento parcial do poder efetivo do Executivo, aumentando o peso do Legislativo, do Judiciário, dos Estados e dos Municípios, emergindo um regime político ambíguo, e por isso instável. Isso porque, de um lado, os trabalhos da Constituinte redundaram num Presidencialismo com um Parlamento forte mas sem responsabilidades de governo (Sallum Jr. e Kugelmass, 1993); de outro, e o que nos interessa mais de perto, na União distribuindo parte dos meios materiais de governar para as esferas sub-nacionais sem lhes transferir os encargos.

Sallum Jr., ao analisar a crise do Estado Desenvolvimentista, que vinha sendo superado desde a década de 70 «pela complexidade cada vez maior da sociedade de classes», demonstra que foi através da Constituição de 88 que vários segmentos e categorias sociais tentaram eliminar a incerteza da situação de transição transformando posições herdadas do passado autoritário em garantia institucional ou invertendo discriminações em privilégios» (Sallum Jr., 1994). Analisa ainda como nesse processo, os Estados e Municípios aproveitaram-se do enfraquecimento do poder central durante a transição democrática para inverter o desequilíbrio existente no período autoritário, apropriando-se de boa parte das receitas da União sem obrigar-se aos seus encargos. Também defende a tese de que só com muitas restrições pode-se aceitar a qualificação de cidadã para a atual Constituição.

Isso porque, como no caso anterior, segundo sua análise, ao mesmo tempo que ela garantiu e ampliou os direitos de quem não os tinha ou estes eram precários, como é o caso dos trabalhadores, ela reforçou e/ou criou inúmeros privilégios que acabaram por se transformar em obstáculos à superação da crise do Estado e à construção de uma democracia estável.

Tem-se na descentralização, portanto, duas dimensões: uma primeira — positiva — em que a descentralização favorece e cria condição para a democratização política e social, na medida em que possibilita, em tese, a ampliação da participação de distintos atores sociais na formulação e implementação das políticas, aproximando, no nível local, a gestão e administração da sociedade. E uma segunda — negativa — quando a lógica da descentralização é regida quer pela crise fiscal do Estado no nível central, quer pela ampliação dos direitos sociais com forte presença de interesses particulares e corporativos.

Preteceille já apontava, no final da década de 80, que a descentralização, no caso francês, ocorreu no bojo de uma crise do Welfare State, outorgando assim uma proteção política ao Estado Central na medida em que este não apareceu mais como responsável imediato pela política de contenção dos gastos públicos que vinha afetando a qualidade de vida dos franceses (Preteceille, 1987).

No caso brasileiro, a descentralização foi regida pelas lógicas progressista e particularista, no interior de uma crise fiscal do Estado, e marcada pela transição para um governo civil, «após duas décadas de regime militar.... Mesmo as forças conservadoras não se atreveriam, publicamente, a confirmar o centralismo identificado com o autoritarismo na nova Constituição» (Sato, 1993:9).

Isso não impediu, no entanto, que no texto constitucional estivessem contemplados, sob a capa de direitos, determinados privilégios para alguns setores, e nem tampouco que na sua formulação estivesse presente um movimento contraditório: de um lado, a lógica da descentralização e extensão dos direitos sem a correspondente previsão das fontes de financiamento; e de outro, o repasse dos recursos para os níveis estadual e municipal sem os respectivos encargos.

De fato, é contraditório porque isso não ocorreu para todos os setores das políticas públicas, como é o caso da saúde, e porque tampouco na própria regulamentação da Constituição e nas Leis Orgânicas estaduais e municipais são claramente definidas as competências de cada esfera do poder. Reafirma-se, por esta via, a análise de Sallum.

Nesse sentido, pode-se apreender que entre as dimensões positivas e negativas do processo de descentralização, os bloqueios e limites com que ela se depara delimitam suas possibilidades de se configurar como um processo democratizante, onde não só os conflitos estariam presentes mas também a própria possibilidade de sua negociação, estimulando assim a dinâmica de participação.

Há, ainda, as dimensões política e econômica desse processo. A primeira diz respeito aos aspectos acima apontados, e a segunda diz respeito à lógica econômica que vem prevalecendo na incipiente implantação da descentralização no país: ela vem sendo marcada pela crise fiscal do Estado e suas tentativas de enfrentar a estabilidade da moeda (inflação), o déficit público e a dívida externa. Em suma, o ajuste econômico. E aí ganha destaque uma dimensão da análise de Sallum, quando este aponta que a Constituição de 88 vem

marcada tanto pela crise econômica e política do país, vigente desde o início da década de 80, como também pelo fato de que os «atores políticos enfrentaram novas situações problemáticas voltados para o passado». Neste sentido, ela tornou-se um mecanismo com o qual as «elites políticas desejaram acertar as contas com o passado autoritário e construir uma democracia estável»... pois «através dela os vários segmentos e categorias sociais tentaram eliminar a incerteza da situação de transição transformando situações herdadas do passado autoritário em garantia constitucional ou invertendo discriminações em privilégios» (Sallum Jr., 1994).

Não é, portanto, inesperado que a lógica econômica ganhe predominância sobre a lógica política no processo de descentralização: de fato, este vem ocorrendo ditado pelos parâmetros contábeis de repasse de recursos (relação entre receita e despesa) nos marcos do enfrentamento da urgência de se superar a crise econômica no país.

No caso específico da saúde permite apreender, dados esses marcos acima apontados, a tendência da implantação da descentralização como um movimento de recentralização. Não só ela vem sendo implantada com um crescente aporte de recursos dos municípios, como a inespecificidade das competências claramente definidas de cada nível de poder impõe limites estreitos à autonomia dos municípios na definição de sua política de saúde. Complementa, ainda, esse processo a ausência de um padrão de relação, na descentralização, entre os níveis federal, estadual e municipal: há casos em que município e nível federal se relacionam diretamente; e outros em que o nível estadual faz a intermediação nessa relação.

Dados levantados e analisados por Medici (1993) mostram que, em termos de percentual do PIB, em 1980 a União gastou 1,75% com saúde, os Estados 0,42 e os Municípios 0,17%; em 1983, 1,55%, 0,41% e 0,18%, respectivamente; em 1987, 2,33%, 0,25% e 0,23%, respectivamente; em 1988, 2,31%, 0,00% e 0,38%, respectivamente; e em 1990, 2,32%, 0,49% e 0,38%, respectivamente.

Essas três últimas datas dizem respeito a: 1983, assinatura dos primeiros convênios das Ações Integradas de Saúde, primeiro passo no processo da descentralização, quando os repasses dos recursos da previdência social eram feitos para Estados e Municípios como pagamento da assistência médica prestada aos previdenciários. O ano de 1987

diz respeito aos primeiros convênios SUDS — Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde — quando o repasse dessas verbas vinha associado ao repasse dos equipamentos próprios da previdência social e dos Estados, segundo passo do processo brasileiro de descentralização da saúde. O ano de 1988 refere-se à promulgação da Constituição, em que os Estados estiveram absolutamente ausentes do financiamento do setor, havendo um aporte substancial dos municípios. E o ano de 1990 (últimos dados disponíveis), após dois anos de vigência da nova Constituição, onde se verifica um ligeiro decréscimo da participação da União, um aumento substantivo da participação dos Estados e o mesmo patamar elevado da participação dos municípios.

Segundo esses mesmos dados, a distribuição percentual do gasto total em saúde por nível de governo evolui, no caso dos municípios, de 7,3% em 1980 para 11,9% em 1990. Nos anos de 83 e 87 verifica-se, respectivamente, 8,4% e 8,5%. Ao mesmo tempo, durante a década, pode-se verificar que no caso do *nível federal*, enquanto percentual agora da receita total, seus gastos com saúde até 1987 variam de 11,9% a 14,8%, atingindo em 1989, primeiro ano de vigência da nova carta constitucional, 16,8% e posteriormente apresentando acentuada queda, chegando em 1992 a 10,8%¹. Já no *nível estadual* a tendência é de uma curva declinante, variando de 7,2% em 1980 a 5,2% em 1990². Finalmente, no caso do *nível municipal*, calculado o percentual sobre os gastos totais, os gastos com saúde variam de 6,3% em 1980 a 8,6% em 1990, sendo que dados preliminares para os anos de 91 e 92 indicam uma continuidade ascendente.

Para além de esses dados indicarem, de modo global, uma tendência discretamente ascendente dos gastos com saúde do nível federal, um declínio da participação estadual, e um aumento persistente do gasto municipal, chama a atenção a existência de uma correlação mais estreita entre queda dos gastos estaduais e aumento dos gastos municipais. Ao mesmo tempo, chama também a atenção a inexistência dessa correlação tão estreita entre os níveis federal e municipal.

Seria preciso, no entanto, concluir a partir daí que no processo de descentralização da saúde, dada a experiência recente, as esferas locais estariam candidatando-se a se

¹ Esses dados incluem a receita tributária própria e da previdência social.

² Esses dados incluem a receita tributária própria e as transferências para Estados e Municípios, segundo reza a Constituição.

autonomizar, inclusive financeiramente, dos níveis estadual e federal. Deve-se atentar para o fato de que, dadas as diferenças de magnitude das receitas dos distintos níveis, caso os municípios aumentassem para 10,0% da sua receita os gastos com saúde, isso representaria um aumento dos gastos no setor que não ultrapassaria 20% (Medici, 1993:18), volume insuficiente de recursos para financiar a universalização e equidade no acesso à saúde. E não se pode esquecer que do total de gastos públicos com saúde (3,19% do PIB) para o ano de 1990, 73,3% dos recursos provêm do nível federal.

Dados os parâmetros impostos pela atual crise econômica e política brasileira, e diante dos dados acima apresentados, a relação entre *descentralização, democracia e racionalidade* passa a ser ditada pela busca da racionalidade econômica, em prejuízo dos outros dois.

Essa racionalidade, no entanto, tem como baliza dois movimentos contraditórios: da perspectiva do governo central a compressão dos recursos gastos com saúde, quer provenientes do orçamento fiscal, quer provenientes da seguridade social. E da perspectiva do poder local o aumento da pressão da demanda, dada a proximidade da administração local com a população, e os limites estreitos que o aumento de seus gastos com saúde, provenientes de sua receita tributária, apresentam tendo em vista a garantia da universalização e do acesso à saúde. Limites esses que se estreitaram ainda mais diante da tendência à diminuição dos aportes dos Estados.

Como resultado, verifica-se uma frequente equivalência entre *racionalidade e eficiência*, entendidas ambas como aumento da produtividade dos serviços públicos de saúde. De fato, os critérios de repasse dos recursos dos níveis federal e estadual para os governos locais vêm sendo crescentemente regidos pela produção de atos médicos (mais restritos que ações de saúde), perdendo-se de vista a questão fundamental da qualidade e acesso aos serviços. E por essa via vem-se reproduzindo a idéia da descentralização como equivalente à democratização da saúde, sem a mediação da crise econômica e política que marca a atual conjuntura brasileira.

Resta, no entanto, analisar a relação entre *descentralização e democracia*. O'Donnell, em estudo recente (1993), analisando fundamentalmente os casos da Argentina, Brasil e Peru, registra que esses países não estão apenas atravessando uma crise social mas também a crise de seus estados. Argumenta que um Estado incapaz de impor sua legalidade

sustenta uma cidadania que denomina de «baixa intensidade», projetando o governo «uma curiosa imagem que mistura onipotência com a mais pura impotência» (*ibid.*: 140).

A crise política também uma crise do próprio Estado, vem acompanhada, assim, por uma «exasperada atomização da sociedade... outro lado da moeda da crise do estado, não só enquanto conjunto de burocracias mas também — e até mesmo mais — enquanto fonte legal de previsibilidade social» (*ibid.*: 140). Acentua esse fenômeno o processo verificado nas últimas décadas de «complexificação da sociedade brasileira», utilizando a terminologia de Wanderley Guilherme dos Santos. Como resultado tem-se, na atual conjuntura, a atomização da sociedade espelhando e acentuando a própria desintegração do Estado, não podendo ser esquecidos aqui os efeitos de longo prazo da crise e da ideologia anti-estatistas como fatores cruciais para sustentar o crescimento econômico. É este o caso das políticas de corte social e de ciência e tecnologia, como registra O'Donnell.

Ao aumento da complexidade social — e seus novos padrões e heterogeneidade — e da atomização social, ao longo período de crise econômica e política também se agrega um processo de «dessolidarização generalizada» — o termo é de O'Donnell — instituindo-se um mundo de *sauve qui peut*, sendo que, como aponta o autor, «jogar esse jogo reforça as próprias condições em que ele é jogado» (*ibid.*: 138).

Em decorrência, tem-se uma acentuada fragmentação do aparelho de Estado, com uma perda de sua autonomia em relação aos inúmeros segmentos nos quais as classes capitalistas — mas não só elas, as subalternas também — se agregaram, acompanhando o mesmo ritmo da crise.

Não só o conjunto desses fenômenos, na sua dinâmica perversa, coloca severos obstáculos à superação da crise atual — na medida em que esta pressupõe solidariedades amplas e a definição de políticas que retornem à sociedade sua capacidade de previsibilidade para estabelecer padrões de ação —, como impõe a redefinição de um novo padrão de relação entre Estado e sociedade. Daí a necessidade urgente de se forjar um novo projeto para a sociedade sem o que não se sairá do círculo vicioso de políticas sociais fragmentadas para um público-alvo fracionado.

Mas se esse projeto pressupõe, como afirma O'Donnell, a descoberta de áreas importantes em seu impacto sobre a situação geral nas quais a ação competente possibilitaria um

aumento dos horizontes de tempo — e em consequência do escopo de solidariedades —, fortalecendo as instituições políticas e sociais, por outro lado essa perspectiva de análise impõe um novo ângulo para se redimensionar a relação entre *descentralização e democracia*.

Vista desse ângulo, a descentralização assume um novo significado das instituições políticas e sociais na consolidação democrática, sendo que emerge no próprio campo de análise uma série de fenômenos e processos contraditórios entre si, com forças em direções distintas, e que nuançam essa possibilidade.

93

Do ponto de vista da *cidadania* e do *interesse público* como norteadores da descentralização enquanto estratégia para a democratização, a segmentação das políticas públicas, em particular as de corte social, reforça o processo de fragmentação e de dessolidarização da rede de sociabilidade. Tendendo, portanto, no nível local, a reforçar a já existente «cidadania de baixa intensidade». E do ponto de vista da lógica da *descentralização*, tomando-se agora o nível central, ela tende a se transformar, dadas a crise política e a crise do Estado, num processo de reconcentração do poder, ditado sobretudo pela crise econômica, presente desde o início da década de 80, onde como analisa Sallum, os novos problemas são encarados pelos atores políticos voltados para o passado.

Dessa perspectiva pode-se entender o processo precoce de descentralização da saúde, quando comparado aos demais setores, sem contudo um real avanço na conquista da saúde como um direito universal e equânime. Um processo regido pela lógica da recentralização e da racionalidade econômica, em detrimento da lógica política que compreenderia a busca da racionalidade e eficiência como parte de um processo político mais amplo que as definisse como integrantes da democratização do setor e da constituição da saúde como um direito cidadão.

Isso remete, por sua vez, às dinâmicas locais do processo de descentralização, processo esse plural e não uniforme, como compreendendo duas possibilidades: como um processo de *modernização arcaica* ou como um processo de *modernização orientado para a melhoria da qualidade de vida*, favorecendo a democratização política e da própria sociedade.

No primeiro caso — *modernização arcaica* — estar-se-ia frente a um processo de recentralização no âmbito federal, à predominância de critérios econômico-financeiros (crise fiscal

e déficit público) na definição de «quanto» e «como» descentralizar, e a um modelo tendencialmente mais clientelístico e particularista na gestão da coisa pública.

No segundo caso — modernização voltada para a democratização e melhoria da qualidade de vida — estar-se-ia frente a um processo de transferência de poder do nível federal para Estados e Municípios, imprimindo-lhes mais autonomia; frente a um processo de maior permeabilidade da gestão local às demandas dos diferentes sujeitos sociais e políticos, e frente a um modelo tendencialmente mais racional e eficiente na gestão da coisa pública no sentido de estar norteado pela busca do bem comum e da constituição do direito universal e equânime à saúde.

Em ambos os casos, as análises de experiências de gestão local — nível municipal — da saúde no período recente apresentam em comum a ampliação de atores políticos e sujeitos sociais na participação da política local de saúde. O que diferencia entre si os dois modelos é, atualmente, a qualidade dessa participação na relação Estado/sociedade e sociedade/Estado.

Na descentralização se configurando como um processo de modernização arcaica, já é por demais conhecido o padrão dessa relação. No outro modelo de descentralização — moderno democratizante — o que está em jogo, nessa relação é tanto a vontade política dos gestores públicos locais como a relação dos distintos sujeitos sociais coletivos com o poder local.

Neste caso, em particular, trata-se de indagar se essas novas práticas reivindicativas significaram «que o domínio público passou a ser efetivamente público, isto é, debatido, conflituoso, negociado, e sobretudo, incluindo a participação plural como prática e discurso fundado sobre o significado dos direitos» (Paoli, 1991). Isso significa, como aponta a autora, identificar a participação popular como ação coletiva — localizada e diferenciada — como algo que vai além da ação, representando momentos e práticas onde os excluídos se descobrem cidadãos, como portanto portadores de direitos.

Em outros termos, como nos estreitos limites nos quais ocorre a descentralização definidos pela dinâmica da crise econômica e política, e da crise do Estado, essa relação sociedade/Estado pode se configurar como uma relação do Estado com cidadãos — portadores portanto de direitos universais — no nível local. Em síntese, impõe-se verificar a prá-

tica desses sujeitos coletivos como portadores de demandas — neste sentido particulares — e sua transformação em sujeitos coletivos portadores de direitos — neste caso universais.

O Município à época contava com 9,5 milhões de habitantes, sendo uma cidade que concentra grande parte do pólo moderno mais dinâmico da economia brasileira, com um complexo quadro sanitário associando doenças da riqueza e da pobreza, para não falar da alta taxa de mortalidade por causas externas.

A uma distribuição altamente heterogênea das doenças pelos anéis central intermediário e periférico do município associa-se uma distribuição igualmente heterogênea dos equipamentos públicos de saúde: enquanto no primeiro caso a correlação entre pobreza e taxas de mortalidade é altamente positiva, no segundo ela é inversamente proporcional à demanda.

Associa-se a isso, também, o fato de cerca de 70% dos leitos hospitalares serem privados, estimando-se um déficit de mais de 133 unidades ambulatoriais, ao que se somam uma rede hospitalar pública precária e mal distribuída e a ausência de uma articulação e integração dos serviços municipais entre si, e destes com os estaduais³.

Após quatro anos de gestão verifica-se um aumento substancial dos gastos do orçamento municipal com saúde, investidos na infra-estrutura e na valorização salarial e da carreira dos trabalhadores da saúde. Nesse período (89 — Outubro de 92) verifica-se um aumento médio de 59,2% das unidades hospitalares; de 45,8% dos leitos hospitalares ativados (até junho de 92); e de 12,0% das unidades básicas de saúde⁴, favorecendo sempre as áreas periféricas do município.

Do ponto de vista dos recursos orçamentários, o município nesse período aumentou sua capacidade de arrecadação, acompanhando a tendência geral já referida, e saneou as finanças públicas, ao mesmo tempo que aumentou significativamente o acesso da população aos equipamentos públicos municipais de saúde, apesar do estrangulamento financeiro

**Breve reflexão
sobre a
experiência do
Município de
São Paulo
(Gestão
1989-1992)**

95

³ Para maiores detalhes, consultar Cohn (1992a e b) e ainda Elias (1992).

⁴ Esses dados foram retirados de pesquisas que vêm sendo desenvolvidas pelo CEDEC, sob minha coordenação, e financiadas pela Interamerican Foundation e pela Ford Foundation. Participam da equipe os pesquisadores Paulo Eduardo M. Elias e Pedro R. Jacobi.

representado pelos atrasos dos níveis estadual e federal no repasse de recursos.

Dando sequência, no entanto, ao desenvolvimento dos argumentos aqui apresentados, ganha relevância a dimensão política nesse processo de gestão local da saúde. Nesse sentido, a proposta política da administração local — sob responsabilidade do partido dos Trabalhadores (PT) — era nuclearmente definida pela participação popular na gestão.

Com essa finalidade, o Executivo implantou, como era exigência constitucional, o Conselho Municipal de Saúde no nível central; e em todos os demais níveis — intermediários (Administrações Regionais de Saúde e Distritos Sanitários) e periféricos (unidades hospitalares e unidades básicas de saúde) — as Comissões de Gestão.

Em ambos os casos com poder deliberativo, garantindo assim, canais institucionais de participação dos setores organizados da população. No decorrer da gestão, os Conselhos de Gestão passaram de tripartites — usuários dos serviços, trabalhadores de saúde e administração — para bipartites (anos de 91 e 92): 50% representação dos usuários dos serviços e 50% representação dos trabalhadores de saúde e da administração.

Do ponto de vista dos movimentos de saúde a avaliação da participação popular na administração municipal de saúde é bastante positiva (*Participação e Saúde*, vários números). Não obstante, apontam a falta de clareza da proposta da administração em termos do papel efetivo dessas Comissões de Gestão. Por outro lado, para os movimentos populares de saúde, participar da gestão traz pelo menos dois problemas: o perigo da cooptação e do clientelismo, colocando em risco sua autonomia, e a consequente perda de sua força. Isso significa a existência de uma tensão entre a participação direta e espontânea, marcada pela reivindicação de atendimento de suas demandas mais imediatas junto ao Executivo. O segundo deles diz respeito à baixa capacidade resolutive da própria administração, dados de um lado as restrições representadas pela própria lógica que vem regendo os processos de descentralização no setor da saúde, e de outro pela falta de autonomia da própria Secretaria Municipal de Saúde, subordinada à lógica centralizadora do aparato administrativo municipal.

E, «nesse ponto, surge uma grande distância entre a discussão das propostas das grandes linhas políticas para administrar a saúde e a expectativa de respostas concretas às necessidades de saúde que a população sente. Por exemplo,

é difícil para a população em geral discutir a questão da municipalização nas suas grandes linhas, e não a partir de resultados concretos na qualidade do atendimento dos serviços de saúde» (*Participação e Saúde*, 2, 1991).

Assim, a experiência da participação na gestão da saúde provoca uma reavaliação por parte dos próprios movimentos de saúde a partir do aprendizado do conhecimento mais próximo da máquina administrativa: aprendizado dos limites que ela impõe, mas também o difícil aprendizado de ser co-responsável pela gestão da coisa pública.

Nesse processo fica evidente a importância da vontade política do governo local no incentivo à própria participação dos setores organizados de sociedade, sem o que a participação não ocorre. Mas fica também evidente que se esta experiência mostrou a viabilidade da co-existência entre democracia direta e democracia representativa, mostrou ainda a dificuldade de os movimentos sociais «mergulharem» no Estado: durante esse período de gestão, mesmo no seu final, quando havia 120 Comissões de Gestão instaladas e em funcionamento, a relação dos movimentos populares de saúde com o poder público continua sendo uma relação de externalidade. Isso significa que os problemas continuam a ser do Estado, e portanto é sua a responsabilidade pelos desastros e distorções do setor.

Em consequência, no equilíbrio extremamente delicado entre autonomia e dependência dos setores organizados da sociedade com relação ao Estado, não há dúvida que experiências como essa ampliam o leque de possibilidades de criação de novos espaços de construção de identidades de novos sujeitos sociais. Mas também não resta dúvida que essa trajetória é tortuosa, «com idas e vindas na mobilização dos setores populares para uma participação autônoma e efetiva na gestão» (*Participação e Saúde*, 6, 1992), havendo longos passos a dar entre a percepção desses sujeitos como portadores de carências (necessidades) para sujeitos que se descobrem cidadãos» destinados ao exercício das práticas, da reflexão, do debate e das incertezas sobre a condução dos assuntos públicos» (Paoli, 1991:131), que configuraria cidadãos portadores de direitos.

Santos (1991), ao discutir neste texto a cidadania da ótica da emancipação, aponta como a cidadania social e o respectivo Welfare State transformaram a solidariedade social numa prestação abstrata de serviços sociais burocratizados, conformados para responder à crescente atomização da vida

social, mas de fato «alimentando-se dela e reproduzindo-a de modo ampliado».

No caso brasileiro, sem que o sistema de proteção social se configurasse jamais sequer como uma caricatura de Welfare State, a construção de identidades de sujeitos portadores de direitos num processo de consolidação democrática implica exatamente no «alargamento da política para além do marco liberal da distinção entre Estado e sociedade civil». Isso implica na necessidade, de um lado, de contemplar as diferenças na busca da equidade, e de outro, em diversificar as possibilidades de campos de exercício da cidadania, sem postergar a cidadania social.

Remete-se, assim, a necessidade de desfocar a análise da cidadania social — direito universal e equânime à saúde — da relação Estado/sociedade como uma relação de sentido único para a ampliação e diversificação dos espaços de participação e de práticas sociais que permitam escapar da dependência burocrática a padrões abstratos dos direitos sociais, para contemplar as novas formas de exclusão social — de gênero, de raça, de acesso à qualidade de vida — «que ora ocultam ou legitimam ora complementam e aprofundam a exclusão baseada na classe social» (*ibid.*:171).

Com essa perspectiva abre-se a possibilidade de se compreender o esgotamento do movimento da Reforma Sanitária brasileira, que agora colhe os frutos do seu êxito. Êxito este no interior dos próprios limites por ela definidos na relação Estado/sociedade, marcados pelo seu ideário autoritário circunscrito aos marcos liberais, por paradoxal que possa ser, de se pensar a cidadania a partir de padrões abstratos e vinçada pela relação Estado/sociedade e não na relação dos sujeitos sociais concretos, sujeitos sociais enquanto portadores de necessidades e de demandas concretas na construção de sua identidade de sujeitos sociais portadores de direitos que se buscam universalizar, guardadas aquelas especificidades da maneira de se vivenciar no cotidiano suas demandas.

Essa perspectiva permite, ainda, uma nova articulação entre *descentralização*, *racionalidade* e *democracia* que não se limite à mudança do comportamento das elites políticas brasileiras, que enfrenta os novos problemas do final da década de 80 com os «olhos do passado», como afirma Sallum, mas remete à necessidade de construção de um novo projeto para a sociedade no interior de um processo que contemple as diversidades que crivam a sociedade brasileira. E

como alerta Santos, se a diversidade desses sujeitos sociais coletivos impede que se fale de um padrão único de relações entre democracia representativa e democracia participativa, «o fato de essas relações, quaisquer que sejam, serem sempre caracterizadas pela tensão e pela convivência difícil entre duas formas de democracia não me parece em si mesmo negativo, uma vez que é dessa tensão que se têm libertado muitas vezes as energias emancipatórias necessárias à ampliação e redefinição do campo político» (*ibid.*:172).

Mas se isso aumenta drasticamente a complexidade para a compreensão e análise da articulação entre descentralização, saúde e cidadania, certamente aponta para novas possibilidades de construção de um novo projeto para o setor — como parte de um projeto para a sociedade — que ocupe o vazio deixado pelo esgotamento do movimento da Reforma Sanitária no Brasil. ■

Referências Bibliográficas

- CEDEC
Cohn, A. 1992a *Participação e Saúde*. Boletim do CEDEC, vários números.
- Cohn, A. 1992b «From a Policy of Inequality to a Proposal of Equity: Political Processes and Health Care in the Municipality of São Paulo». *International Journal of Health Services*, 22, 4, 1992: 767-781.
- Elias, P.E.M. 1992 «Descentralização, Cidadania, e Saúde». *São Paulo em Perspectiva*, 6(4): 70-76.
- Medici, A.C. 1992 «A Municipalização da Saúde em São Paulo: dimensões políticas e econômicas». *São Paulo em Perspectiva*, 6 (4): 77-83.
- O'Donnell, G. 1993 *Gastos com Saúde nas Três Esferas de Governo: 1980-1990*. (mimeo) São Paulo, IEPS/FUNDAP.
- Paoli, M.C. 1993 «Sobre o Estado, a Democratização e alguns Problemas Conceituais — uma visão latino-americana com uma rápida olhada em alguns países pós-comunistas». *Novos Estudos CEBRAP*, 36:123-145.
- Preteceille, E. 1991 «Movimentos Sociais, Cidadania, Espaço Público: Perspectivas Brasileiras para os Anos 90». *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 33: 115-133.
- Sallum Jr., B. 1987 *La Descentralization, pour qui, pour quoi?* (mimeo) Paris, IRESCO.
- Sallum Jr., B. 1994 «Transição Política e Crise do Estado: As lições da década de 1980». *Lua Nova*, 32 (no prelo).
- Sallum Jr., B.; Kugelman, E. 1993 «O Leviatã acorrentado: a crise brasileira dos anos 80». L. Sola (org.) *Estado, Mercado e Democracia* (pgs. 280-299) Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- Santos, B.S. 1991 «Subjectividade, Cidadania e Emancipação». *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 32: 135-191.
- Sato, A.K. 1993 *Descentralização: Um tema complexo*. Texto para Discussão, 314, Brasília, IPEA.
- Tobar, F. 1991 «O conceito de Descentralização: usos e abusos». *Planejamento e Políticas Públicas*, 5:31-51.