



# Câmara Municipal de Porto Alegre

PROC. Nº 2006/13  
PLL Nº 223/13

COMISSÃO DE ECONOMIA, FINANÇAS, ORÇAMENTO E DO MERCOSUL

PARECER Nº 01 /14 – CEFOR

**Cria o Programa Censo-Inclusão e Cadastro-Inclusão para a identificação, o mapeamento e o cadastramento do perfil socioeconômico das pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, no âmbito do Município de Porto Alegre.**

Vem a esta Comissão, para parecer, o Projeto em epígrafe, de autoria do vereador Paulo Brum.

Instada a oferecer Parecer Prévio (fl. 8), a Procuradoria da CMPA aduz que a Proposição está em conformidade com a Carta Magna, pois é competência comum da União, dos Estados e dos Municípios cuidar da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência. Que a LOMPA declara ser de competência do Município prover tudo que concerne ao interesse local, visando a promoção do bem-estar de seus habitantes, e estabelecer suas leis e atos relativos ao interesse local (art. 9º, incisos I e III). Que não há óbice jurídico à tramitação da matéria sob o enfoque anterior. Ressalva que, pelo disposto no art. 94, inciso IV, da LOMPA, compete privativamente ao chefe do Poder Executivo realizar a gestão do Município, preceito que resta afetado pelos artigos 4º e 6º e pelo parágrafo único do artigo 5º do Projeto, por definirem e atribuírem atividades a órgãos municipais.

Após, remessa à CCJ, que, ressaltando a ressalva da Procuradoria da CMPA (vício de iniciativa), conclui, pelo aspecto da constitucionalidade e da legalidade, pela inexistência de óbice de natureza jurídica para tramitação do Projeto, visto que a matéria é meritória.

É o relatório.

O termo equidade é de uso relativamente recente no vocabulário da Reforma Sanitária brasileira. Foi incorporado posteriormente à promulgação da



**PARECER Nº 01 /14 – CEFOR**

Constituição de 1988 e refere-se ao direito de todos e ao dever do Estado em assegurar o “acesso universal e igualitário às ações e serviços” de saúde. Na lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, é “a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” que figura entre os princípios reitores do Sistema Único de Saúde (SUS). Nem nessa lei, nem na nº 8.142/90 equidade em saúde é referida.

O conceito de equidade em saúde foi formulado por Margaret Whitehead incorporando o parâmetro de justiça à distribuição igualitária. “Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social” (Whitehead, 1992). Kawachi, Subramanian e Almeida Filho, em seu Glossário das Desigualdades em Saúde (2002), consideram ser difícil operacionalizar os atributos “evitável” e “desnecessário”, restringindo à injustiça o critério que distingue desigualdades de iniquidades.

A definição de Whitehead é caudatária da teoria da justiça de John Rawls, considerada por Amartya Sen (2001) “a teoria da justiça mais influente – e acredito que a mais importante – apresentada neste século, a da ‘justiça como equidade’”. Rawls apresentou, em 1982, uma reelaboração dos dois princípios propostos, em 1971, na edição em inglês de “Teoria da Justiça”:

Cada pessoa tem igual direito a um esquema plenamente adequado de liberdades básicas iguais que seja compatível com um esquema similar de liberdades para todos.

As desigualdades sociais e econômicas devem satisfazer duas condições. Em primeiro lugar, devem estar associadas a cargos e posições abertos a todos sob condições de igualdade equitativa de oportunidades; e, em segundo, devem ser para o maior benefício dos membros da sociedade que têm menos vantagens (Rawls, apud Sen, 2001).

No segundo princípio de Rawls equidade aparece como adjetivo; qualifica a igualdade de oportunidades, confere uma carga valorativa. É, pois, a partir do conceito de igualdade, mas dele distinguindo-se por incorporar juízos de valor, que foi construída a definição de equidade.



**PARECER Nº 01 /14 – CEFOR**

No Dicionário de Política (1991), Oppenheim distingue três significados de igualdade tomando por base o âmbito de exercício do conceito. No caso das características pessoais, de qualquer ordem (cor do cabelo ou dos olhos, por exemplo), é um conceito descritivo, de comprovação empírica, não depende de escalas de valores. Quando se refere às normas de distribuição significa que duas pessoas quaisquer são tratadas de modo igual em relação a uma determinada regra e também em virtude desta regra. E, como propriedade das regras de distribuição quer dizer o caráter igualitário da própria regra. Desse último significado, que associa igualdade à justiça, surge a definição de equidade.

Uma segunda distinção pode ser feita em relação ao momento do processo de distribuição. Igualdade pode qualificar a quantidade de benefícios ou penalidades que serão distribuídos ou pode indicar os resultados finais da repartição.

Regras de igualdade proporcional distribuem partes diferentes a pessoas diferentes, na proporção da diferença. O elemento central das regras pode estar no mérito (“a cada um segundo o próprio merecimento”), ou em diferenças relevantes para a regra em questão, como por exemplo, a desigualdade de riqueza e o pagamento de impostos. Nesse caso, as regras não são igualitárias, já que a carga de impostos é diferente entre as pessoas, entretanto, são regras justas porque a tributação está relacionada com a capacidade de pagamento de cada um e os mais ricos pagam mais impostos. Regras de igualdade proporcional envolvem conceitos de valor; são objetos de avaliação subjetiva e não de verificação objetiva, como assinala Oppenheim (1991).

Do ponto de vista dos resultados das regras de distribuição, estas são igualitárias quando nivelam ou reduzem as diferenças. Portanto, só podem ser classificadas como igualitárias em relação a uma distribuição anterior.

Turner (1986) indica que a igualdade pode ser avaliada em quatro dimensões:

Ontológica – inerente aos seres humanos, constituinte de princípios religiosos e de correntes filosóficas;

de oportunidades – princípio das doutrinas liberais que consideram que dado um mesmo patamar de direitos, o acesso a posições sociais resulta da



**PARECER Nº 01 /14 – CEFOR**

competição entre os indivíduos que as conquistarão conforme seus méritos;

de condições – estabelecimento de um mesmo nível de partida, isto é, nivelamento da satisfação de um mínimo de necessidades básicas substancialmente idênticas em todos; e

de resultados – envolve mudanças nas regras de distribuição para transformação das desigualdades de início em igualdade de conclusão.

O princípio de equidade surge no período contemporâneo associado aos direitos das minorias e introduz a diferença no espaço público da cidadania, espaço por excelência da igualdade. O reconhecimento da diferença entra em conflito com o pensamento jurídico clássico que percebe a cidadania como sendo comum e indiferenciada. Entretanto, dada a diversidade das sociedades modernas, “a noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de equidade. Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime” (Sposati, 1999, p. 128).

Dessa forma, a ideia de equidade foi incorporada e até mesmo substituiu o conceito de igualdade. Igualdade significaria a distribuição homogênea, a cada pessoa de uma mesma quantidade de bens ou serviços. Equidade, por sua vez, leva em consideração que as pessoas são diferentes, têm necessidades diversas. Uma distribuição equitativa responde ao segundo elemento do princípio marxista “de cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades” (Marx, 1875, s/d). Sendo assim, o princípio de equidade estabelece um parâmetro de distribuição heterogênea.

Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades (Ministério da Saúde, 2000).

Lígia Vieira Silva e Naomar Almeida Filho elaboraram uma “análise de série significativa – distinção, diferença, desigualdade, iniquidade – no sentido de uma teoria social da saúde”. Nessa teoria “diferença remete ao individual, diversidade à espécie, desigualdade à justiça e distinção ao simbólico. Iniquidade adquire sentido no campo político como produto dos conflitos relacionados com a repartição da riqueza na sociedade” (2000, p. 4-11). Dessa forma, corrobora-se a





**PARECER Nº 01 /14 – CEFOR**

acepção de que há um limite das desigualdades a partir do qual passam a ser consideradas como iniquidades, ou seja, “perversas, malévolas, extremamente injustas” (Buarque de Holanda, s/d).

Igualdade e desigualdade são conceitos mensuráveis que se referem a quantidades passíveis de serem medidas. Por sua vez, equidade e iniquidade são conceitos políticos que expressam um compromisso moral com a justiça social (Kawachi *et alli*, 2002).

A partir do momento em que definições ou instrumentos de justiça são acionados para estabelecer o conceito de equidade, fica patente que não há como fugir de juízos de valor. É preciso então perguntar “equidade em relação a quê?”, para compreender o seu significado. O julgamento e a medida das desigualdades dependem integralmente da escolha da variável em torno da qual a comparação é feita (Sen, 2000). Se valores são intrínsecos às decisões eles devem ser explicitados, coletivamente assumidos e permanentemente avaliados e revistos, seja porque os critérios selecionados não se revelaram os mais adequados, seja porque depois de os critérios serem aplicados as situações sofreram modificações e passaram a exigir novos critérios e escolhas. Há, portanto, que pensar a equidade em saúde como um processo, permanente, em transformação, que vai mudando seu escopo e abrangência na medida em que certos resultados são alcançados.

Equidade pode ser analisada como vertical ou horizontal. Equidade vertical é entendida como desigualdade entre desiguais, ou seja, uma regra de distribuição desigual para indivíduos que estão em situações diferenciadas. A noção de equidade vertical é geralmente empregada em relação ao financiamento. Por exemplo, a progressividade no financiamento, isto é, a contribuição inversamente proporcional ao rendimento das pessoas representa uma situação de equidade vertical (Travassos & Castro, 2008).

Equidade horizontal corresponde à igualdade entre iguais, ou seja, uma regra de distribuição igualitária entre pessoas que estão em igualdade de condições. A equidade no acesso e utilização de serviços de saúde é abordada em relação à equidade horizontal e tem sido operacionalizada como “igualdade de utilização de serviços de saúde entre os grupos sociais para necessidades de saúde iguais”. Pode-se dizer que as normas que regem o SUS incorporam a definição de equidade horizontal, ou seja, acesso, utilização e tratamento igual para necessidades iguais (Travassos & Castro, 2008).



**PARECER Nº 01 /14 – CEFOR**

Em geral, o princípio de equidade tem sido operacionalizado em duas principais dimensões: condições de saúde e acesso e utilização dos serviços de saúde.

No âmbito das condições de saúde é analisada a distribuição dos riscos de adoecer e morrer em grupos populacionais. Embora variações biológicas (sexo, idade) determinem diferenças de morbidade e mortalidade, a maior parte das condições de saúde é socialmente determinada e não decorre de variações naturais, ou de livres escolhas pessoais por estilos de vida mais ou menos saudáveis. Os pobres, grupo social e economicamente vulnerável, pagam o maior tributo em termos de saúde, acumulando a carga de maior frequência de doenças, sejam estas de origem infecciosa, sejam crônico-degenerativas, ou ainda originadas de causas externas. Para alguns autores, essa é a dimensão mais importante da equidade em saúde (Evans *et alli*, 2002) e à sua mensuração dedicam-se estudiosos e instituições (Carr-Hill & Chalmers-Dixon, 2005).

Em relação à esfera do acesso e utilização dos serviços de saúde verificam-se as diferentes possibilidades de consumir serviços de saúde dos diversos graus de complexidade por indivíduos com necessidades iguais de saúde.

As condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes na sociedade. Já as desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a sua distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde. Modificações nas características do sistema de saúde alteram diretamente as desigualdades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais (Travassos & Castro, 2008).

Outros âmbitos de operacionalização e de análise da equidade são relativos ao princípio orientador das reformas dos sistemas de saúde e à institucionalidade do sistema de saúde. No primeiro caso verifica-se em que medida a equidade é o princípio que prepondera na definição das políticas de saúde e nos seus desdobramentos em programas e ações. Também pode ser observado se a equidade prevalece sobre, e é complementada pela orientação de eficiência, ou se é a ela su-



**PARECER Nº 01 /14 – CEFOR**

bordinada visto que, neste caso, a ordem dos fatores, em geral, altera o produto. Ainda nesse âmbito sobressaem dois aspectos: a predominância de políticas universais ou, ao contrário, de políticas residuais e seletivas, focalizadas; e, a distribuição de recursos financeiros que interferem diretamente na promoção da equidade entre grupos sociais e regiões geográficas.

Em relação à institucionalidade do sistema de saúde outros dois tópicos de grande impacto na implementação das políticas de saúde podem ser analisados no que se refere a um padrão mais ou menos equitativo: o processo de descentralização real de poder e a autonomia para o nível local de regulação do sistema de saúde e sua conseqüente responsabilização pelas condições de saúde e assistência aos munícipes; e, o processo decisório analisando a presença ou ausência de uma efetiva e representativa participação social.

A operacionalização das categorias referentes às quatro dimensões assinaladas esbarra em dificuldades relacionadas com os sistemas de informação e, também, em modelos que organizem as informações em estruturas lógicas de conhecimento. Por exemplo, o estudo Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil: uma Proposta de Monitoramento (Viana *et alli*, 2001) adotou seis dimensões de análise. O âmbito das condições de saúde foi desdobrado em situação de saúde e condições de vida. A esfera do acesso e da utilização dos serviços de saúde foi desmembrada em oferta (recursos humanos e capacidade instalada), acesso e utilização de serviços, e qualidade de atenção. A sexta dimensão adotada no estudo diz respeito ao financiamento (despesas federal e familiar).

Quaisquer que sejam as dimensões adotadas, a análise das iniquidades em saúde deve apoiar-se na posição social da pessoa (que agrupa muitos dos fatores de risco individuais como idade, sexo, hábitos alimentares, tabagismo e consumo de álcool, peso e pressão arterial) e nas características do contexto social mais amplo (local de residência urbano ou rural, situação ocupacional, políticas econômicas e sociais mais amplas). “Todo marco [de conhecimento] deve captar a idéia de que as vias finais fisiológicas que conduzem às más condições de saúde individuais estão inextricavelmente ligadas às condições sociais”. (Diderichsen *et alli*, 2002)

Tendo em vista essa concepção da determinação social da saúde, os autores apresentam um modelo constituído por quatro mecanismos que desempenham um papel na geração das iniquidades em saúde e, ao mesmo tempo, constitu-



**PARECER Nº 01 /14 – CEFOR**

em pontos de partida de políticas para reduzir a falta de equidade em saúde: estratificação social; exposição diferencial; vulnerabilidade (ou susceptibilidade) diferencial; e consequências sociais diferenciais das más condições de saúde.

A formulação de uma resposta política forte e adequada às iniquidades de saúde obriga a agir numa ampla variedade de campos: em primeiro lugar, devem ser estabelecidos os valores; a seguir, há que se descrever e analisar as causas; depois, devem ser erradicadas as causas profundas das iniquidades; e, por último, devem-se reduzir as consequências negativas das más condições de saúde. (Whitehead *et alli*, 2002)

Políticas equitativas constituem um meio para se alcançar a igualdade. Numa perspectiva relativamente utópica podemos pensar que ações desse tipo integrariam uma fase intermediária, transitória, visando a atingir a igualdade de condições, de oportunidades sociopolíticas. Ou seja, fazendo uma distribuição desigual para pessoas e grupos sociais desiguais (mais para quem tem menos) atingiríamos (hipoteticamente) uma situação de igualdade, em que todos teriam acesso às mesmas coisas, fossem elas bens e serviços ou oportunidades. Mas, uma vez atingido esse patamar de igualdade de condições as políticas equitativas ainda seriam necessárias, pois não se pode prescindir dos critérios de justiça. E, sobretudo no campo da saúde, em que as necessidades são sempre diferentes, em que cada caso é um caso, a igualdade de condições parece algo impossível (e indesejável) de ser atingido e políticas equitativas serão sempre imprescindíveis.

O Programa proposto para cadastramento de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida no Município é meritório por que busca a equidade no tratamento dessas pessoas.

Evidentemente, há que se considerar o Parecer Prévio da Procuradoria da CMPA e os das demais Comissões, pela inconstitucionalidade da Proposição e malferimento aos preceitos da LOMPA.

Temos que nos curvar ao princípio da legalidade, que vincula o direito legislativo ao texto legal. Embora meritória, do ponto de vista social, a iniciativa imiscui-se no orçamento do município, afetando a independência entre os poderes e as suas competências.

A separação dos Poderes (em essência, divisão do exercício do poder, visto que o poder do Estado é uno e indivisível) é oriunda das lutas contra o estado





**PARECER Nº 01 /14 – CEFOR**

absolutista, no qual a concentração do poder estatal estava em uma só pessoa e/ou órgão.

No absolutismo, as normas eram editadas de acordo com a vontade do soberano. Era ele quem dizia, aplicava e decidia o direito, sem qualquer limitação. O indivíduo era submetido ao seu poder ilimitado, sem condições de se opor.

Conforme explicitam Maria Lúcia de Arruda Aranha e Maria Helena Pires Martins: “investido de poder, o soberano não pode ser destituído, punido ou morto. Tem o poder de prescrever as leis, de julgar, de fazer a guerra e a paz, de recompensar e punir, de escolher os conselheiros”.

Enfim, todas as funções do estado eram desempenhadas pela mesma pessoa sem que fosse possível imputar responsabilidade ao soberano, que se confundia com o próprio estado, sendo sua vontade o centro irradiador de todas as atividades estatais.

Da necessidade de superar e prevenir o arbítrio, de suprimir a opressão, de limitar o poder em si, surge a limitação do poder, operada por meio de um processo técnico, qual seja, o da divisão do poder.

Vários foram os estudiosos sobre o assunto, dentre os quais destacamos Montesquieu, considerado o responsável pela divisão orgânica e funcional clássica dos poderes – consoante sua célebre obra O Espírito das Leis – fórmula presente até hoje nos estados democráticos.

Sua teoria buscou dividir as funções estatais, criando órgãos de competência executiva, legislativa e judiciária, todos independentes entre si e especializados em suas funções.

Com a desconcentração das funções estatais formava-se o tripé, cujo objetivo era o de garantir os direitos individuais e limitar o poder do estado. Segundo Montesquieu:

Quando, na mesma pessoa ou no mesmo corpo de Magistratura, o Poder Legislativo é reunido ao Executivo, não há liberdade. Porque pode temer-se que o mesmo Monarca ou o mesmo Senado faça leis tirânicas para executá-las tiranicamente. Também não haverá liberdade se o Poder de



**PARECER Nº 01 /14 – CEFOR**

Julgar não estiver separado do Legislativo e do Executivo. Se estivesse junto com o Legislativo, o poder sobre a vida e a liberdade dos cidadãos seria arbitrário: pois o Juiz seria Legislador. Se estivesse junto com o Executivo, o Juiz poderia ter a força de um opressor. Estaria tudo perdido se um mesmo homem, ou um mesmo corpo de principais ou de nobres, ou o Povo, exercesse estes três poderes: o de fazer as leis; o de executar as resoluções públicas; e o de julgar os crimes ou as demandas dos particulares.

O apogeu da doutrina de Montesquieu foi marcada na Revolução Francesa, em 1789, ao consignar-se o artigo 16 da Declaração dos Direitos (Cf. Rosah Russomano. Dos poderes Legislativo e Executivo, p. 15).

Origem da teoria da separação dos poderes: “Podem ser catalogados Platão e Aristóteles, na antiguidade; São Tomás de Aquino e Marsílio de Pádua, no Medievo; Bodin e Locke, na modernidade” (Anderson Menezes. Teoria geral do Estado, p. 246).

A crença, em termos simplificados, era de que a concepção fundamental da partição do poder, em forma tríade, permitiria que as três funções básicas do poder (executiva, legislativa e judiciária), em sua particular interação, operassem como autênticos sistemas de freios e contrapesos, impedindo, pelo menos em tese, que o soberano, ainda que legitimamente eleito, se corrompesse, posteriormente – pela ausência de mecanismos de restrição ao exercício do poder –, desviando-se dos rumos preestabelecidos em sua inicial empreitada política (Reis Friede. Curso analítico de direito constitucional e de teoria geral do estado, p. 207 e 208).

A separação dos Poderes figura no sistema brasileiro desde a primeira Constituição, datada de 25 de março de 1824 (que contemplava um 4º poder, o Moderador), sendo atributo de suma importância para o Estado, já que a Lei Maior está totalmente estruturada nesse princípio.

Na Constituição Federal em vigor, a tripartição do poder está prevista no artigo 2º, que enuncia: “São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário”. Goza de tratamento especial, por fazer parte do elenco do artigo 60, § 4º, inciso III, inserindo-se, portanto, entre os seletos institutos protegidos como cláusulas pétreas. Logo, não é passível de emenda constitucional.



**PARECER Nº 01 /14 – CEFOR**

Constitui o que se pode chamar de “controle-limite” à atuação do Estado, e “(...) foi acolhido por todos os ordenamentos democráticos e representa ainda hoje, não obstante as múltiplas tentativas de eliminá-lo e os claros temperamentos aos quais foi submetido, uma garantia insubstituível para a liberdade dos cidadãos e para o bom funcionamento do aparato estatal”.

Enfim, a separação das funções estatais se fez necessária, pois teve por escopo conter o arbítrio do governante, personificado, em regra, numa única pessoa, o rei ou monarca absoluto. O egoísmo e a impessoalidade presentes no estado absolutista não podiam prevalecer, pois não se coadunam com a liberdade política de que todos devem desfrutar, definida por Montesquieu como “aquela tranquilidade de espírito que provém da convicção que cada um tem da sua segurança. Para ter-se essa liberdade, precisa que o Governo seja tal que cada

cidadão não possa temer o outro”.

Entretanto, as causas que fundamentam a rejeição da Procuradoria da Casa remanescem em seu Parecer Prévio, que assinala malferimento à LOMPA, nas competências privativas do chefe do Poder Executivo. Com vistas ao suprimento de tais limitações sugerimos a supressão dos referidos artigos, emendas ao Projeto ou mesmo apresentação de um substitutivo.

Assim, avaliadas as considerações apresentadas pela Procuradoria da CMPA e pela CCJ, e adicionando-se os aspectos arguidos por esta Comissão, este relator conclui pela **aprovação** do Projeto.

Sala de Reuniões, 17 de fevereiro de 2014.

  
**Vereador Airto Ferronato,**  
**Relator.**



# Câmara Municipal de Porto Alegre

PROC. Nº 2006/13  
PLL Nº 223/13  
Fl. 12

**PARECER Nº 03 /14 – CEFOR**

**Aprovado pela Comissão em 18-02-14**

Vereador Idenir Cecchim – Presidente

Vereador Bernardino Vendruscolo

Vereador Cassio Trogildo – Vice-Presidente

Vereador Guilherme Socias Villela

**EM LICENÇA**

Vereador Roni Casa da Sopa