

SELETIVIDADE ASSISTENCIAL REFORÇA DESIGUALDADES SOCIAIS E PRODUZ INIQUIDADES EM SAÚDE

Selectivity Assistance Reinforces Social Inequalities and Produce Health Inequities

Maria do Socorro Quirino Escoda¹, Dacier de Barros e Silva², José Antonio Lindozo Spinelli³, Hesio Cordeiro⁴

1. Doutora em Sociologia:Estado, Política e Desenvolvimento. Professora do Depto. de Saúde Coletiva e Nutrição, 77-2003, NESC 86-2010 e, Base de Cultura e Política 03-2012. UFRN, Natal.
2. Doutor em Sociologia do Desenvolvimento Prof. Doutor ap UFPe e Visitante, UFRN.
3. Doutor em Educação e Prof. Titular, UFRN.
4. Doutor em Medicina Social. Prof. UERJ aposentado e Estácio de Sá.

► **CONTATO:** Maria do Socorro Quirino Escoda | Av. José Seabra, 264 - Praia de Cotovelo - Região Metropolitana de Natal | Pamamirim | Rio Grande do Norte | CEP 59161-033 | E-mail: msqescoda@ufrnet.br

Resumo

Texto síntese de tese sobre desigualdades sociais e iniquidades no sistema público de saúde, produzida por estudo analítico de pertinência. Os resultados desses descritores apontam leve redução nos diferenciais de renda, com manutenção de altos níveis de insegurança alimentar, déficit no saneamento básico e na assistência à saúde, em todos os níveis. A seletividade nas políticas neoliberais faz uma atenção básica para pobres, de baixa cobertura e efetividade das ações, nos diferentes níveis assistenciais. Seletividade biológica entre indivíduos de mesmo segmento de classe reforça estas desigualdades e produz iniquidade em saúde. Prognostica lentidão na conversão do modelo assistencial e anomalias entre os indivíduos de mesma classe e estratos. O atraso da cultura política e a frágil regulação social e institucional levam às discussões do gap da assistência ao judiciário.

PALAVRAS-CHAVE: Desigualdades Sociais, Arranjos Organizacionais e Iniquidades em Saúde.

Abstract

Text synthesis of thesis about social inequalities and health inequities on the public health system produced by analytic study of pertinence. The results of these descriptors indicate a slight reduction in income differentials, maintaining high levels of food insecurity, lack of basic sanitation and health assistance, at all levels. The selectiveness of neoliberal policies made one basic care for the poor, of low coverage and effectiveness of actions, on different levels of assistance. Biological selectivity for the horizontally equals in social class, reinforce that inequalities and produce health inequities. Increase the gap in conversion of the assistance model and predict slow reduction of anomalies between individuals of the same class segments of the social strata. The old political culture, a fragile social and institutional regulation lead the discussions of the gap of this assistance to the judiciary.

KEYWORDS: Social Inequalities, Selectiveness of Public Policies, Health Inequities.

O Problema: influência do neoliberalismo nas políticas públicas de saúde

Apresentamos um corte transversal da tese de doutoramento cuja temática e objeto foram iniquidades no sistema público de saúde, como extensão das desigualdades sociais. De autoria de (Escoda¹), a tese foi realizada através de estudo teórico de análise de pertinência, sobre o alcance da possível equidade no sistema público de saúde. Imbricada à indissociabilidade dos demais princípios assistenciais, para uma realidade social condigna dos valores republicanos. Os descritores das formas de desigualdades e de desempenho da atenção básica utilizados foram de produção secundária, arreadados de base de dados institucionais e estudos acadêmicos em nível nacional, referentes ao período 2003 a 2008.

Conceitualmente, partimos do pressuposto que as desigualdades sociais são de natureza estrutural. Com os ajustes das políticas neoliberais e forte seletividade assistencial, tiveram alargadas as suas distâncias no tecido social com a expansão do programa econômico da globalização, após os anos setenta. Em sintonia com Bourdieu² e Chesnais³, concebemos a globalização como consequência da mundialização financeira que se desenvolve com características simultâneas de criação e de exigências de inovações tecnológicas. Características duais e aparentemente paradoxais nos arranjos políticos e nas estruturas econômicas, das quais a flexibilização do trabalho resulta na sua precarização.

Nesta realidade reside submissão dos níveis nacionais, da transformação do discurso e das práticas das políticas públicas em todos os níveis, aumento das incertezas, frequente turbulência de mercados e do desejo universal de ataduras provisórias, bem como a fragilização de fatores que plasmam ambientes de identidades nacionais. Nesse percurso programático, as desigualdades sociais se produzem e se manifestam em elevados níveis dos indicadores dos diferenciais de classe, sobremaneira na distribuição de renda, no acesso

aos bens materiais e culturais da produção, inerentes às Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), essenciais às condições dignas de vida e de saúde.

Determinadas segundo classes sociais e regiões geográficas, as desigualdades sociais na distribuição de renda, no acesso à terra e ao saneamento básico, à justiça e desigualdades epidemiológicas nas formas de adoecimento, de assistência e de morte por causas evitáveis, se aprofundaram nas décadas recentes. Por seu turno, as desigualdades em saúde estão historicamente descritas na literatura médica sob o eufemismo de doenças da miséria. A rigor, manifestam o socialmente injusto com persistência no tecido social de populações economicamente inferiores, cujas consequências na assistência à saúde incorporaram a significância de iniquidades.

É consenso que o agravamento dos níveis de indicadores da saúde dos anos oitenta, na chamada década perdida, foi devido à estagnação de investimentos para o desenvolvimento econômico e à expressiva desarticulação internacional, provocadas no curso da mundialização. Em nosso subcontinente, se intensificaram com a *démarche* dos golpes militares ocorridos, com expressivo impulso nos anos sessenta e setenta, em alternância desde os anos trinta ao final da década de oitenta do século vinte. Condicionantes aliados ao impacto negativo dos ajustes neoliberais que se intensificaram nas primeiras décadas da mundialização financeira. A uniformidade desses ajustes neoliberais e a negatividade nas condições de vida alargaram as distâncias sociais que esculpiram uma geografia política e econômica horizontalizada, a ponto de se vislumbrar um mundo plano.

Nesta planície, uniformizada pela mesmice política, se descortina o cenário descrito por Hobsbawm⁴, do cada vez mais tenebroso mundo novo. Construído pela engenhosidade estrutural das desigualdades, expandidas nas dualidades regionais, inerentes ao desenvolvimento capitalista em curso. Arquétipo que sugere aparentes

contradições do sistema econômico e de governo, entretanto funcionais à acumulação e, à reprodução do capital financeiro. Na adversidade conjuntural dos anos oitenta, a piora das condições sociais e o agravamento em saúde repercutiram expressivamente com Townsend⁵, em seu Black Report. Institucionalmente, Vieira⁶ descreve proposições tomadas em debate da Organização Pan-americana de Saúde (OPS): tornar o setor saúde meta do desenvolvimento econômico, ampliação de tecnologias simplificadas, investimento institucional em recursos humanos e materiais para melhoria dos indicadores de saúde como a redução da mortalidade infantil, elevação da expectativa de vida ao nascer e controle de doenças imunopreveníveis.

Sobre os mencionados ajustes, Boron⁷ avaliou que eles produziram um dilúvio neoliberal nas condições de vida, nas políticas sociais e na sociedade civil, onde a recessão piorou os níveis das desigualdades materiais e sociais, com elevação de 41% para 51% do percentual de miseráveis na América Latina. Este autor asseverou como ponto mais negativo dessa catástrofe a elevação das dificuldades de regulação de marcos legais, do exercício cidadão na crise de representatividade coletiva, do aumento das práticas e da predominância de estratégias individualistas nas relações sociais, da irreconciliável relação de mercados com a democracia, se mantidos os atuais níveis de desigualdades e diferenciais de classe, fragmentação e dualidades sociais. Cobrou, ainda, uma dívida da esquerda e dos intelectuais latino-americanos para com a inversão dessas questões e revelou seu ceticismo na política.

Em contraponto, Stiglitz⁸, expressão Nobel do neoliberalismo, concebe a globalização sob o princípio de integração das nações e dos habitantes do mundo, com forte redução dos custos do transporte e das comunicações. Na quebra de barreiras artificiais com flexibilização das relações de trabalho que possibilitam um maior fluxo de mercadorias, de serviços, de capital, do conhecimento e, menos significativamente, a migração internacional de pessoas. Os princípios da realidade social esculpidos pela realidade

programática dos mercados contrariam a pretensa funcionalidade desta vertente do pensamento neoliberal.

Mesmo os analistas institucionais, que avaliam essa lógica programática como motor do crescimento econômico e do desenvolvimento, entendem que tal mundialização não reduziu as questões do desemprego, da má distribuição da renda, do vínculo, com a piora dos indicadores de pobreza e da repartição da riqueza mundial entre 1980 até o presente momento. Barros e Silva apud: Escoda, ma mesma referência, inscreve que tal estágio de desenvolvimento, aliado à persistência de exclusão de um terço de sua população, prognostica lentidão no afastamento de uma concepção de modernidade como resultante de progresso real.

Neste prisma, o eco do crescimento das desigualdades sociais repercutiu na Organização das Nações Unidas (ONU), sob o eufemismo de excesso de desigualdade. A América Latina, região com o maior índice de desigualdade do mundo, estava cinquenta anos estacionada em termos de desenvolvimento e de distorções sociais. A adoção de políticas de cotas para minorias proposta foi utilizada no Brasil como forma de romper o ciclo histórico da exploração e da miséria. Entre 2007 e 2008, o país se situou entre as dez maiores economias do mundo e consolidada emergente. Isto, graças a sua potencial estrutura de geração de bens de consumo, possuidor de enormes commodities, com significativos avanços na área tecnológica de energia, comunicações, transportes e de serviços. Inúmeros pressupostos conceituais socioeconômicos de progresso são incompatíveis às discrepâncias de exclusão e, conseqüentemente, pressupõem um ciclo virtuoso que só é possível apenas pela incorporação social das possibilidades geradas pelo acúmulo do progresso científico, tecnológico, em todas as áreas da atividade humana e dos incentivos econômicos sobre a realidade material de vida, nas largas camadas da população.

O curso do desenvolvimento econômico, lenta redistribuição da renda e políticas sociais regressivas, baixa inserção na produção e de bens

levaram a distâncias sociais, de tão extremadas. Bourdieu, dantes referenciado, as nominou de brechas e acrescentou “[...] os pobres já não são apenas miseráveis, mas incultos”. O dilúvio em vastas camadas sociais projeta o cenário referenciado por Hobsbawm:

[...] no adeus a tudo aquilo preconizado pelo Welfare State e a chegada da era dos extremos. Síntese dessa trajetória se descreve na democracia, mera expressão eleitoral e participativa em algumas instâncias, na natureza e relação dicotômica de governantes e governados.

Nesta citação o autor enfatiza a relação administrada pela natureza de transitoriedade do Estado contemporâneo, em sua baixa capacidade de mediação dos interesses conflitantes de classe, limites do poder político, autonomia relativa na regulação institucional e social pela não identidade de classe. Determinantes do imediatismo e da moldagem da relação autonomia x heteronomia que caracterizam as formulações das intervenções desses conflitos que sintonizam e descrevem os processos de produção social da saúde / doença.

Sobre o crescimento da pobreza e da desigualdade em saúde, Callinicos⁹ nos adverte para a elevação relativa em escala global e nacional, das taxas negativas de renda, enfermidades em alta prevalência na complexificação do perfil epidemiológico. O citado autor nos ensina que os limites da qualidade da atenção no impacto da situação de saúde em geral, mesmo com a elevação do aporte de financiamento das políticas de saúde ocorrido em países desenvolvidos, não existem diferenças significantes na qualidade dessa atenção. Destaca a pérola na valoração a este paradoxo: que a renda relativa é mais significativa para a saúde do que o padrão de vida medido em termos absolutos.

Callinicos nos informa, também, que a evolução das sociedades economicamente desiguais tendem a empobrecer-se em três aspectos: significativas diferenças de status, grandes diferenças com relação ao sentido de controle sobre a própria vida e nos baixos níveis de participação da sociedade civil.

Enfatiza, ademais, que a renda é mais importante para a saúde de populações quando agregada a outros aportes de significância a um determinado padrão de vida alcançado. Efetivamente, no reconhecimento de seus valores por outras pessoas, no controle sobre o seu trabalho, opção de moradia com qualidade, na posse de sólida e extensa rede de contatos, e de vínculos sociais de pertencimento.

Um perfil de desigualdades sociais, entre 2003 e 2008

Reprisamos que, além de sua determinação estrutural, as desigualdades sociais guardam especificidades em cada processo de desenvolvimento e pontuamos que elas se manifestam em grande escala nas franjas do sistema. Chamados bolsões de miséria, na periferia ou guetos centrais de cidades e metrópoles. Sua distribuição geográfica se estampa nos países centrais em absoluta minoria de suas parcelas populacionais, segundo a classe, nuance da cor e origem de migração. No Brasil arrastam o estigma do escravismo em trabalhadores pobres, negros, índios, caboclos, nortistas, nordestinos aglomerados em favelas e rincões rurais.

A título epistemológico, esclarecemos que nas bases empíricas utilizadas pela tese originária a este trabalho, a desigualdade com relação à renda se refere à melhor distribuição de renda do trabalho. Neste sentido, os indicadores da magnitude da renda mensal oriunda do trabalho é descritor de peso e distorções específicas. Em 2003, era U\$ 40,00 para 50 milhões de brasileiros, porquanto impeditiva ao acesso ao mínimo essencial à existência da vida digna, pelo não atendimento ao consumo de um padrão alimentar de segurança com requerimento de 2.280 cal./dia. Em 2006, a desigualdade na renda estimada como poder de compra foi significativamente reduzida com expansão de programas de transferência de renda mínima para oitenta dólares. No entanto, considerada ainda insuficiente.

Dado contundente da cronicidade dessa realidade reside na divulgação (IPEA¹⁰) sobre

injustiça tributária que alarga as distâncias sociais para os mais pobres. A maioria absoluta da renda nacional paga 44,5% a mais de tributos do que a ínfima minoria dos mais ricos que detém mais de 70% de toda a riqueza. Dentre as especificidades do processo de desenvolvimento brasileiro, a concentração da terra e dualidades nas desigualdades regionais também se arrastam com a realidade da estrutura econômica existente até os anos sessenta nas Regiões Norte e Nordeste. Entre 1960 e 1980, Oliveira¹¹ avaliou o declínio do crescimento do produto interno bruto do nordeste como não superior ao da década de sessenta, de decréscimo entre setenta e oitenta, com retorno de crescimento nos anos noventa.

Quanto à magnitude e declínio dos níveis das doenças socialmente determinadas pelas desigualdades regionais, listamos a involução da taxa de Mortalidade Infantil (MI) que, até a década de noventa, no nordeste chegou a 180 mortes para cada mil nascidos vivos. Paulatinamente se reduziu para 115, 85, 74, 52, até uma média nacional de 32, em 2003, e 30, em 2006, e manteve-se nesta faixa. Ponderamos que critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelecem que a taxa de 20 é o limiar de tolerância e que sua redução está matizada pela citada sinergia de ações transversais das políticas públicas, externas ao setor saúde, como as executadas por Organismos Não Governamentais (ONGs). A transversalidade dessas ações impactam na redução dessa forma de mortalidade, pelo que organismos internacionais não mais considerem esse indicador como descritor de pobreza.

Os matizes traçados pela transversalidade setorial das políticas públicas sobre as condições de vida, mascaramento da realidade social e da saúde coletiva, fizeram a Organização das Nações Unidas (ONU¹²) admitirem uma redefinição na composição e mensuração de seu índice de desenvolvimento, com inclusão de fatores e eventos do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Destacamos nesse perfil o peso de 65% a 85% das doenças nutricionais e de veiculação hídrica, entre classe economicamente inferior, na prevalência das

taxas de internação e de mortalidade por doenças diarreicas e infecciosas. A baixa esperança de vida ao nascer que se registra em dobro, na mesma correlação regional e de classe, para grandes parcelas da população, eventos passíveis de redução em até 80% com a integralidade na assistência básica, porta de entrada e de referência aos níveis da média e de alta complexidade assistenciais e com as ações de saneamento básico.

Os censos e estudos subsequentes do IBGE¹³ comprovam a diminuição dos diferenciais entre ricos e pobres, com manutenção de outras desigualdades mais extremadas como nas ações de saneamento básico. A cobertura e integralidade das ações deste setor, em termos de ciclo completo da água, são as de maior déficit dentre as desigualdades sociais e de maior peso na associação da morbidade por internação hospitalar. De elevadas taxas pelas doenças de veiculação hídricas, aliadas às formas de má nutrição, acidentes cardiovasculares, causas externas da violência urbana e de trânsito. A política de urbanização em sua desestruturação no trânsito elevou as taxas de mortalidade por causas externas, na maior causa de morte. A expansão de moradia com favelização se expressa no gap de saneamento para dois terços da população, por domicílio permanente.

A sistematização de programas sociais alcançou vinte milhões de famílias dos quarenta milhões que necessitam dessa atenção, com ampliação de metas e valor dos benefícios. O Programa Saúde da Família (PSF) se afirma como anunciado em sua fundação como estratégia setorial hegemônica. De baixa cobertura e ações programáticas, alcance de integralidade e resolutividade para estimados 22% da população-alvo e elevados déficits na assistência aos que necessitam de intervenções de alta complexidade. Evidências de não cumprimento dos princípios do sistema público nacional.

Na análise efetuada correlacionamos a efetividade na redução de indicadores de saúde pela convergência da transversalidade de ações intersetoriais com a pertinência de cumprimento do princípio de equidade na reorganização da atenção

básica e a pretensão institucional de conversão do modelo assistencial. O fulcro analítico trilhado foi que as ações de um sistema público devem ser avaliadas segundo os princípios do sistema no qual elas se inserem. No zoom projetado focamos a materialidade de equidade em saúde nos princípios da realidade setorial e da totalidade da questão sanitária.

O princípio de equidade do sistema e os princípios da realidade setorial

Concordamos com Luz¹⁴ que política de saúde consiste em todas as estratégias de formulação, gestão de ações programáticas contidas no leque das práticas setoriais e nas formas de intervenções induzidas pelo Estado, no contorno da questão sanitária. Conceito este que se extrapola a qualquer política pública e se materializa em todas as dimensões do discurso, mesmo na ausência de planos específicos, na não intervenção explícita, no curso histórico da indução, formulação e finalidades dessas políticas sobre as questões sociais.

Em tempo, regionalmente, pós-Revolução Cubana, as políticas de saúde foram avaliadas, sob a ótica da luta de classes. Como mero instrumento de reprodução e acumulação capitalistas, de legitimidade do poder, de garantia do regime político, de manutenção das relações de propriedade via reprodução da força de trabalho e da condução de classes. Atualmente, esta compreensão não mais se mostra condizente com a natureza conjuntural dos Estados contemporâneos, em seu papel predominante de mediador dos conflitos em seus movimentos de definição e construção de hegemonia. Neste sentido, as políticas se materializam, ora em ações verticais e fragmentadas com privilegiamento das questões econômicas, ora em detrimento destas pela intervenção global sobre o social, nos processos que envolvem a produção saúde subordinados à política econômica. Intervenções cada vez mais frequentes, em função das crescentes necessidades sociais onde quaisquer

que sejam as vias de intervenção têm como meta a garantia da acumulação capitalista.

As aproximações teóricas extraídas da leitura sobre a materialidade dessas políticas sugerem que a cada conjuntura se engendam novas formulações, estratégias e processos de gestão que se distinguem e se especificam à realidade intervinda. Entendemos que as intervenções nas questões sociais traduzem o caráter de seletividade estrutural do Estado, cujas contradições constitutivas de suas atuações se complementam e ocorrem em fluxo contínuo. De ações, decisões, omissões que arbitram e moldam os conflitos administrados nos arranjos políticos.

Especificidades culturais das intervenções em saúde, elencadas por Teixeira et al.¹⁵, as entrelaçam com a equidade, na observância de que não há uma única explicação para a formulação e finalidades dessas políticas. Seja em combinação, número, natureza ou nas origens históricas de cada questão, na forma política e na finalidade social, não há um corte dicotômico claro entre as necessidades sociais do capital e as demandas sociais do trabalho. Além do que, existem intervenções políticas que podem servir a ambas. Neste esteio, a análise do princípio de equidade no sistema público de saúde, consubstanciado como direito objetivo, é indissociável da integralidade na universalidade dessa assistência à saúde na correlação de seus princípios com a totalidade da questão sanitária da população.

Neste prisma, a equidade tem a significância de reconhecimento de igualdade no direito de cada um com sentimento de justiça, avesso a um critério de tratamento rigoroso na forma estritamente legal, de fulcro liberal ou revolucionário ou qualquer outra categoria ou matriz que discuta a igualdade de direitos. Nesta ótica, Barata et al.¹⁶, Breilh¹⁷, Cordeiro¹⁸ e Starfield¹⁹ analisaram a teia contida nos processos sociais de desigualdades em saúde. O já citado Townsend o fez entre grupos sociais da Grã-Bretanha, intitulado Black Report, em função do cunho expressionista dos dados e análise dos processos sociais contidos nesse quadro epidemiológico.

Considerável produção de análises em saúde, está permeada pela dicotomia entre as dimensões político-institucionais e os processos sociais excludentes. Nesta dicotomia, reside a subjetividade funcionalista que correlaciona pobreza x ignorância, segundo os arcaísmos explicativos das teorias miasmáticas e da multicausalidade. Com apoio no elenco autoral anterior, entendemos que a iniquidade em saúde consiste não apenas em injustiças que possam ser estadeadas sob a ética da moral, senão de sua evolução histórica, nos marcos de um determinado estágio de desenvolvimento social. Pelas lentes de Starfield, equidade em saúde consiste:

[...] na ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do status de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente. Implica que não existam diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (equidade horizontal) ou que os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (equidade vertical). (p.545).

De seletividade neoliberal e cultura política na reorganização da assistência

Por conseguinte, em contraponto a esta citação e sob nossas lentes, quando os socialmente desiguais submetidos a desigualdades na assistência, as desigualdades aí adquirem a condição analítica de iniquidades. Nestes termos, a reorganização desta atenção na estratégia Saúde da Família (SF) com agendamento prioritário a grupos de risco biológico entre usuários de mesma classe social e distrito sanitário hierarquiza a vida. Reforça suas desigualdades posto que se aplicam entre horizontalmente iguais e produz iniquidades, em saúde.

A produção de análises da área das ciências sociais em saúde por seu turno, consiste em especificidades conjunturais do pensamento e do impacto das políticas neoliberais em seus ajustes macroeconômicos. Tanto no plano externo e interno

quanto na subordinação das políticas de saúde à ordem econômica. Nas suas formulações, gestão, atores sociais, marcos da estabilização econômica das políticas compensatórias, da desestabilização social e da seletividade dessas políticas. Ao reverso, é de incipiente produção a análise da globalização como conceito síntese e sua repercussão nas formulações de política de saúde, da dissociação entre mobilidade planetária dos capitais, da natureza doméstica de seletividade e focalização das políticas voltadas para atender as populações nacionais.

Sob inspiração Gramsciana, refletimos com Spinelli e Lyra²⁰ que os momentos de definição de hegemonia, tal como concebido por Marx e Lênin, estão imbricados pela arbitragem de conflitos, os quais presidem as características das políticas públicas neoliberais. De forte redução na capacidade de condução de políticas econômicas com chances de reversão das desigualdades, devido à mobilidade do capital propiciada pelas políticas de liberalização com liberdade de escolha de

[...] quais os países e camadas sociais que têm interesse para ele. Esses critérios de seletividade conduzem à desconexão forçada de regiões inteiras dentro de países e até de continentes (África) com retrocesso econômico, político, social e humano [...] redesenhando a geopolítica mundial. (p.110).

No Brasil, o colapso das condições de saúde se agravou durante a década de oitenta por estarem atreladas às especificidades organizacionais do setor da saúde pública, uma vez que as ações de governos eram descoordenadas entre os entes federais, estaduais e municipais. Devido a estas condições organizativas, a complexificação do quadro sanitário e insatisfação social produziram o ambiente político institucional para o que se convencionou chamar de reforma sanitária que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

No vasto referencial que analisa esse processo se lê que essa reforma foi concebida,

menos como reflexo da desordem do sistema, mais impulsionada pelos movimentos sociais organizados e no interior dos meios acadêmicos. Seus princípios organizativos se assentaram na ideia de pretensão de resolução, respeitando as singularidades regionais, hierarquização, descentralização, complementaridade e controle social, complementares ao alcance da universalidade com integralidade e equidade. Arranjos doutrinários, não cadenciados pelos processos sociais subordinados aos princípios da realidade no macro das políticas neoliberais.

Das análises que adotam essa abordagem sobre eficiência e efetividade do sistema, destacamos Mendes²¹ e OMS²². Mendes afirma as dificuldades como inerentes aos processos sociais, políticos e tecnológicos. Este autor elenca avanços na eficiência no controle das doenças mentais, das doenças imunopreveníveis, de algumas endemias, a autossuficiência em imunobiológicos. Destaca a ampliação da cobertura de serviços e redes assistenciais à maternidade e à infância. A OMS demarca limites na implementação do sistema quanto ao cumprimento de seus princípios e pontua a eficiência na integralidade e de equidade. Nesta categoria analítica, o Brasil obteve o septuagésimo vigésimo quinto lugar do ranking para os níveis de tratamentos médicos mais complexos. O sistema francês e o italiano foram avaliados como os mais equânimes, e eficientes, seguidos do sistema japonês e do norueguês.

Restrições epistemológicas apontadas pelo Ministério da Saúde (MS) refletiram o incômodo institucional pela colocação nacional no quesito equidade em saúde. Em 2003, reformulados os procedimentos, estudo de autoavaliação do estado de saúde revelou 25% de gravidade em pessoas deprimidas e odontologicamente não assistidas. Desenhos analíticos remarcam a importância e os limites da indução central no financiamento à saúde e ao modelo assistencial. Mesmo em países desenvolvidos, a efetividade em saúde pela via do financiamento, é de difícil avaliação. Portanto, difusa.

Nesta subdimensão, em 1994, nos primeiros passos do SUS, o setor teve estimado um orçamento de 13% do Produto Interno Bruto (PIB). O desembolso financeiro oscilou entre 5%, 4% e 3%, em escalada de déficit paralela à elevação da demanda dos assistidos entre as décadas de oitenta e noventa. Registramos que o percentual de 5% foi atingido com a cobrança da Contribuição Provisória por Movimentação Financeira (CPMF). Tributo implantado em 1994, como Imposto Provisório Por Movimentação Financeira (IPMF), fonte adicional de recursos para o setor saúde. Da arrecadação inicial foi estimada uma receita de R\$ 4,8 bilhões para 1995, ano de sua tramitação, quando, em 1996, o Projeto de Emenda Constitucional (PEC) de n.256 vigorou até 1997, e foi prorrogada até 2007.

Os investimentos no setor caíram em progressão geométrica, em paralelo ao aumento da demanda ocorrida desde 1985 com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Nessa conjuntura, o déficit orçamentário declinou sem a contribuição previdenciária exigida no modelo privatista anterior, o estágio epidemiológico se complexificou com a demanda e sequelas sociais oriundas da década perdida. A CPMF foi aprovada com destino exclusivo para a assistência à saúde, e está registrado, na base do Sistema de Administração Financeira (SIAF), que sua alocação não ultrapassou os 40% de sua arrecadação.

A regressão na alocação do custeio da saúde em 2003 foi de R\$ 0,36 per capita e de R\$ 1,40 em 2008, para uma necessidade estimada em US\$ 3,00 foi tangenciada na recriação de novos tributos: Imposto Sobre Operações Financeiras (IOF) e Contribuição Social à Saúde (CSS) com contingenciamento para o setor, ainda sem implementação. A assistência expandida com o SUS forjou a adoção de processos assistenciais que se tornaram cada vez mais caros. Nessa ordem, a dificuldade na implementação e a evolução programática do sistema destacam uma crescente demanda reprimida pela baixa oferta de serviços que levam ao descumprimento da universalidade

com integralidade e equidade, em todos os níveis da assistência.

Dos princípios organizativos, o controle social na governabilidade setorial, inúmeros estudos demonstram a incipiência da regulação social e institucional. Dados do frágil exercício de cidadania nas instâncias administrativas do sistema público de saúde revelam a não democracia real. De fulcro no arraigado patrimonialismo marcado pelo atraso da cultura política brasileira. Marco crescente no avanço da mundialização é a seletividade que se amalgama às negatividades que repercutem em todas as esferas de enfrentamento das questões sociais, e revelam o quanto e como a população depende do controle das políticas públicas e do acesso à justiça.

A precariedade das condições materiais de vida limita a efetividade de ações institucionais que se dificultam com a forte retração no financiamento. A seletividade nas ações da política de saúde reconfigura o ranço de focalizações das políticas sociais na seleção de beneficiários. Reafirmamos com luz que as práticas de focalização e do campanhismo dos passos iniciais do projeto de saúde pública se crivam como características marcantes no curso. Práticas explicáveis pelos ajustes macroeconômicos, tal critério é sucedâneo eufemístico da focalização de sua categoria analítica precursora. Reescreve marcos das políticas sociais nos países em desenvolvimento com desigualdades regionais acentuadas e subverte as práticas.

Ao selecionar segmentos sociais com determinadas condições de vida e os classificar como de maior risco social ou biológico em detrimento da universalidade enquanto dispositivo legal, esta estratégia programática hierarquiza a vida. Em sociedades onde essas manifestações de desigualdades sociais são extremas, mesmo com adequada cobertura programática de ações integrais, o financiamento e práticas de gestão racionais, as ações setoriais em saúde têm limites na reversibilidade dos determinantes socioestruturais dessas desigualdades. Como exemplo, citamos

questões essenciais à vida material tais como a segurança alimentar, situação nutricional, sanitária, epidemiológica e de assistência à saúde integral. A mencionada dualidade no sistema de saúde brasileiro se amplia ao agregar os mais de 40 milhões de assistidos por planos privados.

Explicitamos como seletividade que fere o princípio de equidade os arranjos organizacionais de agendamento privilegiado no PSF a grupos de risco: gestantes, nutrízes, crianças e idosos - hipertensos e diabéticos. Segundo os pressupostos analíticos de equidade aqui utilizados, tais arranjos restringem ações que ferem os princípios do próprio sistema social e ampliam distâncias intra e entre classes. Com a adoção de programas de âmbito familiar iniciado em 1992, em 2008 o PSF era ofertado em nível de cobertura urbana 22%, e 70% a 100% em áreas rurais, com duplicidade entre a atenção básica tradicional na mesma área, edificação ou logradouro, e dilui os recursos e nega a universalidade racional.

Nestes termos e passos, a reorganização da atenção à saúde pela estratégia Saúde da Família, tem se mostrado impertinente à conversão de modelo assistencial. O processo de formulação de políticas sociais deve se focar em formas socialmente equânimes de assistência básica à saúde e à educação. A categoria analítica de seletividade se cunha na varredura global dos ajustes neoliberais, no entanto países de economia menor, mas com decisão política em finalidades com metas claras de desenvolvimento social, racionalização de processos de gestão, têm assistência horizontal, integral e equânime. Nestes quesitos, se distanciam de países desigualmente desenvolvidos, conseguindo superar ou minimizar as questões elementares de relação direta com a qualidade de vida e de saúde em alimentação, educação, saneamento e assistência à saúde. Neste patamar se encontram países desenvolvidos e em desenvolvimento como Cuba, Costa Rica, Chile, França, Japão, Canadá, Noruega e Itália.

Em epílogo, o debate nacional a ser pautado pela sociedade ultrapassa questões elementares da produção industrial urbana e rural com sustentabilidade ou alta produtividade, e metas claras de vigilância à saúde e ênfase nas condições básicas de vida são indispensáveis e urgentes a serem alcançadas. Não obstante, os movimentos de avanço e de retração na regulação social na indução de governabilidade setorial denotam atraso da cultura política brasileira, em seu estigma clientelista oriundo do patrimonialismo do Estado nacional. Ancorados nas evidências e fundamentações discutidas, consideramos que iniquidades em saúde são geradas ou reforçadas por arranjos internos da atenção básica, nos agendamentos priorizados pelo PSF aos segmentos sociais de risco. Entre os estratos sociais dos horizontalmente iguais na ordem social, as políticas exercitadas nos níveis assistenciais resultam em racha de cobertura, reprodução de desigualdades e iniquidade.

Da gênese e em síntese, condições materiais de vida e de saúde não se revertem por ações microssetoriais, menos ainda se alcança equidade com arranjos institucionais normativos que privilegiem atendimento vertical a grupos por parâmetros biológicos. Em situações de extremas desigualdades sociais, como a realidade social analisada, um corte vertical na assistência social às famílias ou a grupos segmentados, tais condições produzem brechas assistenciais. Reforçam desigualdades ao hierarquizarem a condição humana e a vida. Distanciam o alcance do princípio de equidade do próprio sistema onde as ações se inserem.

Referências Bibliográficas

1. Escoda MSQ. Iniquidade em saúde: uma extensão das desigualdades sociais no sistema público de saúde do Brasil (2003-2006). Tese (Doutorado em Ciências Sociais/Estado, Política e Desenvolvimento). Programa de Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte: Natal, 2008. www.bczm.ufrn.br/teses.
 2. Bourdieu P. La Geografía de la Globalización: un unico espacio y múltiples territorios. La Nación, Buenos Aires, 2003. Entrevista. Universidad de Buenos Aires.
 3. Chesnais F (Org.). A mundialização financeira. São Paulo: Xamã, 1998.
 4. Hobsbawm E. A Era dos extremos: o breve século XX. São Paulo: Comp. das Letras, 1995. p. 393-420.
 5. Townsend P, Davdison N. Inequalities in Health. The Black Report. London: Penguin, 1982. 240 p.4.
 6. Vieira C. Desigualdade e saúde na América Latina. IN: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE-OPS. Ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Washington, 1991.
 7. Boron A. A sociedade Civil Depois do Dilúvio Neoliberal. In: SADER, Emmir; Gentili, Pablo (Orgs). Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático. São Paulo: Paz e Terra; 1995.
 8. Stiglitz J E. Globalization and its discontents. New York London: w. w; Norton & Company, 2002.
 9. Callinicos A. A world of inequality. In: _____ . Equality. Cambridge: Polity Press, 2000. Chapter 1.
 10. Os pobres pagam mais tributos. Informe, jun., 2008. Instituto de Pesquisa e Planejamento Econômico Aplicado. Brasília.
 11. Oliveira, F. A economia brasileira: crítica à razão dualista. Rio de Janeiro: Vozes; 1987a.; O elo perdido: classe e identidade de classe. São Paulo: Brasiliense, 1987.
 12. UNION NATIONAL DEVELOPMENT FOR PROGRESS. HUMAN DEVELOPMENT REPORT. Cultural liberty in today's diverse world. New York, 2004. UNITED NATIONS ORGANIZATION. Flat world, big gaps. 3, set. 2006.
- Índice de Desenvolvimento Humano - IDH: evolução e variáveis 2001-2006. Brasília, 2006f. <<http://federativo.bndes.gov.br>>. Acesso: 19 out. 2006.

13. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Dados do censo demográfico, 2000. Rio de Janeiro, 2001. Pesquisa de Orçamento Familiar (POF). 2003. Brasília, 2003. _____ . Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Chamada Nutricional: síntese dos indicadores. Brasília, 2004.
14. Luz MT. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n. 2, p.293-312, 2000.
15. Teixeira SF. Equidade e Reforma Sanitária: Brasil. *Saúde em Debate*, Londrina, n.3, jun. 1994.
16. Barata RB et al. (Org.). *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. 256p. (Série epidemiológica,1).
17. Breilh J. La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género. In: _____. *Cuerpos, diferencias y desigualdades*. Utopía: Bogotá, 1998.
18. Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Rev Ciência & Saúde*, v. 6, p.296-320, 2001.
19. Starfield B. Improving equity in health: A research agenda. *International Journal of Health Services*, v.31, n.3, p.545-546, 2001.
20. Spinelli JAL; Lyra RP. *Teoria política: do renascimento à contemporaneidade*. João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB, 2007. p. 106-130.
21. Mendes EV. *Sistema único de saúde: um processo social em construção*. [1996]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF9371.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2005.
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Evaluation health care; the health of nations: annual technical report*. Washington, 2000-2003. L; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. *Relatórios técnicos*. Brasília, 2000 e 2003. PESQUISA Mundial de Saúde. Informativo RADIS, R. Janeiro, FIOCRUZ, n. 22/ 23, 2004.