

O DESAFIO DA EQÜIDADE PERANTE O PROJETO NEO-LIBERAL

Patricia Cavalcante

Ana Costa

Moises de Lima

Elizangela Tavares

INTRODUÇÃO

As mudanças que se vêm produzindo nos sistemas de saúde da América Latina e de forma particular no Brasil , têm sido objeto de estudos, pesquisas e ensaios que ora expressam tentativas de análises comparativas entre estes países, ora se detêm nos estudos de casos nacionais, regionais ou, mesmo, de experiências locais de descentralização e de busca de alternativas para a organização dos serviços de saúde (Sanchez & Zuleta 2000; Fleury, Belmartino & Baris 2000).

Atribui-se aos processos de reforma da saúde no Brasil, assim como na América Latina, à falência ou ao "esgotamento" dos modelos de desenvolvimento que, durante cerca de 50 anos, fizeram parte das teorias, ideologias e políticas dos países da região em busca da superação das insuficiências de crescimento econômico e social e, conseqüente à esses países, um não crescimento, a uma taxa mínima, para satisfazer as demandas crescentes de bem-estar social das suas populações (Vergara, 2000).

Uma verdadeira revolução cultural, de cunho eminentemente econômico, assolou a região e em especial o Brasil. País considerado como detentor de um parque industrial e universo consumidor consideráveis, o que o coloca em certo destaque do ponto de vista estritamente econômico, dentro do contexto do continente.

O conceito ou paradigma que se estabelece a partir de então é a redefinição do papel do Estado numa concepção de reforma que toma vulto e significados profundos. Dentre inúmeras reformas ocorridas na forma de gerenciamento dos Estados-Nação, a reforma no setor da saúde, torna explícito, e serve de exemplo, de como deve ser a nova forma de governança que se instalaria no país e na região sul-americana.

Segundo Lordoño & Frenk, 1996 as reformas de saúde, estimuladas pelas agências internacionais, preocupadas em uma nova formatação do Estado, tomaram impulso a partir de modelos definidos, assim chamados, de "pluralismo estruturado", como um ponto intermediário entre um setor estatal pouco eficiente e "inchado" (burocratização estatal) e a atomização da rede privada. Máxima do projeto neo-liberal que retoma fôlego nos idos de 90.

As reformas deveriam ser diversas e aceleradas, no que tange a saúde e a economia; no sentido de expandir, propiciar viabilidade fiscal e financeira, em especial ao sistema de saúde, permitir a expansão da cobertura, buscar a equidade, melhorar a eficiência, a qualidade e a satisfação dos usuários.

Reformas e postulados baseados , entretanto , nos pressupostos que redefiniram as formulações de políticas públicas, cujo fim básico era a preocupação com a eficácia obtida versus recursos financeiros rígidos e, em geral , ínfimos .

Desta contradição resultou o debate ideológico e a ação concreta das agências internacionais de financiamento para tornar hegemônica a concepção de que, como decorrência de exigências técnicas da globalização e das novas definições de políticas públicas , as instituições vinculadas ao Estado deveriam exercer o papel de reguladoras e promotoras da equidade através do estímulo ao setor privado (lucrativo ou filantrópico) ampliando suas funções de prestador de serviços de forma autônoma e competitiva.

Isso, na realidade, apenas reforçava uma tendência que já se observara em diversos países da região, especialmente no Brasil, nas décadas anteriores (Cordeiro, 1991; Luz, 2001).

Uma reforma que viesse a desonerar o Estado de suas ações sociais e a transferisse para a sociedade e o mercado. Partindo do princípio que o gasto social corrói o Estado e fragiliza as relações do mercado , sem tomar em conta que os interesses da sociedade nem sempre estão na mesma proporção dos interesses do capital.

Por conseguinte , sob este conceito , parece está o Estado muito mais inclinado para um reordenamento meramente econômico, que para uma crescente promoção social, implicando em severas perdas para a seguridade “ ampliada” do cidadão.

Para a crise de governança, então instalada, não necessariamente de governabilidade, tornou-se fácil vislumbrar seus impactos, inclusive, em todos os segmentos da sociedade.

Elementos de um componente econômico , social e político estão diretamente afetados nesta mudança de rota e ao descortinar o panorama regional , observa-se que se trata de uma crise estrutural com reflexos na interação Estado-Mercado-Sociedade com modalidades e graus diferenciados em cada realidade nacional.

Autores citam que fenômenos mundiais como a aceleração inflacionária , elevadas taxas de desemprego , globalização das economias, com nítidas fragilidades no sistema financeiro internacional , tem exigido reordenamentos econômicos e políticos de tal significado que trazem trazido consigo profundas redefinições dos papéis e ações das instituições governamentais , políticas , econômicas e substancialmente sociais.

Vale salientar que estes “reordenamentos“ são frutos da era da globalização , que nivelada por cima , tem um poder limitado para explicar e prever, no âmbito das reformas exigidas, suas conseqüências, considerando as diversidades e desigualdades dos países que nela mergulharam.

Tem sido assinalado por Médici (2000) de forma contundente , que no bojo das reformas , a crise fiscal dos anos 80 reduziu a alocação de recursos para os tradicionais programas de seguridade social, comprometendo a efetividade das ações de controle , além de impossibilitar novos investimentos para a ampliação desta cobertura, decorrentes das pressões geradas pelo crescimento das cidades e empobrecimento das populações rurais e urbanas .

Por outro lado, é importante salientar que não fora exatamente a exigüidade de recursos o fator primordial para a crise de seguridade social , visto que , investimentos financeiros , por exemplo , na América Latina, oscilam em termos percentuais aos próximos preconizados pelos países que congregam a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômicos (OCDE).

Por sua parte , Draibe(1988) , em uma abordagem da literatura internacional enumera e dá sentido a alguns aspectos particulares para a crise de proteção social. Em determinado momento atribui a ela um componente eminentemente autônomo e , conseqüentemente , alheia ao desenrolar econômico.

Assim sendo, parte do pressuposto que deva existir uma necessária mutação na natureza , na operação e no modo de como conduzir as políticas sociais de seguridade.

Uma necessária forma de se reexaminar as políticas sociais frente à crise fiscal e às pressões sociais, no sentido de dotá-las de um conceito mais humano, democrático e racional.

Até então, conforme cita Cordeiro (2001) “As estratégias da primeira metade da década de 1980 para enfrentar tais dificuldades se basearam em políticas de "focalização do gasto", com subsídios diretos aos pobres, como suplementação alimentar, programas de atenção primária à saúde, inspiradas nos postulados das tecnologias simplificadas e outros itens pontuais das recomendações de Alma-Ata. Os gastos públicos deveriam ter como meta, atingir a um determinado conjunto de efeitos demonstráveis, por melhoria de indicadores sociais dos segmentos pobres das populações (mortalidade infantil, desnutrição, evasão escolar, qualidade da habitação, entre outros).

Continua a autora a dizer que é possível permitir que em instâncias muito mais locais possam ser feitos os diagnósticos dos problemas e que políticas de reajustes, inclusive reajustes econômicos de re-distribuição, sejam, também, neste foro, formuladas. Democratizar e incentivar a criação de uma nova tipologia de sociedade.

Depreende-se dos conceitos de Draibe (1988) que a esta nova lógica de sociedade e, por conseguinte de mercado, afirmar que: “se tais alterações se derem, o que poderá ocorrer a longo prazo seria, então, a transformação de um Welfare State na direção de uma Welfare Society”, entendida enquanto uma estratégia mais plural, seja na concepção dos programas, seja na implementação e controle destes.

Considerando, portanto, esta tendência histórica, é relevante observar que, assim como no caso do Brasil, uma concomitância de reformas, não intencional e, portanto, não planejada, de medidas e de ajustes fiscais envolvendo, entre outros, a Previdência Social e a Assistência Médica, deu origem a uma crescente mobilização social que culminou com a reforma sanitária. Não sendo intencional e não planejada, trata-se de um momento conjuntural brasileiro típico, onde profundas modificações sociais eclodiram em contra-

posição aos ideais econômicos vigentes e serve de fundamento teórico e prático para reflexões sobre o real papel do Estado entre as forças da sociedade e do mercado.

O MOMENTO HISTÓRICO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Poucos momentos da historiografia brasileira são tão ricos quanto os momentos que antecederam o surgimento da reforma sanitária brasileira. Um duelo ideológico e político foi travado entre as relações de forças . Perdas e conquistas se definiram . Cordeiro(2001) ressalta que “de forma concomitante, não necessariamente combinada, intensificaram-se as lutas e os movimentos de democratização em diversos países da América Latina. O processo brasileiro empolgou a sociedade e mobilizou grupos sociais, partidos políticos e entidades civis. As iniciativas de reformas de saúde fizeram parte deste período, agregando-se às lutas da redemocratização do país, às lutas pela universalização do direito à saúde e às estratégias de municipalização e de participação social no sistema de saúde”.

Somaram-se esforços neste processo tanto as classes populares através dos movimentos comunitários, como os intelectuais orgânicos do meio acadêmico, assim como, profissionais da área da saúde e entidades representativas . Tomou tal dimensão que permitiu acelerar as medidas , seja no plano das idéias , como na dimensão prática e consolidação para a implantação do Sistema Único de Saúde.

Embora , nesta luta de classes , as propostas da Constituição de 1988 estivessem distantes das propostas internacionais e nacionais das políticas sociais, propôs-se, com o Sistema Único de Saúde (SUS), a concepção da seguridade social, ampliando constitucionalmente o conceito de saúde para além de um bem-estar físico e mental , mas a ele , agregando condições de moradia , educação , nutrição , trabalho e lazer, enfim.

Para esta nova definição de saúde ou de seguridade social , entendida como tal , mesmo que frontalmente divergente dos conceitos neo-liberais , ou de práticas econômicas , recursos

financeiros e novas adaptações e mutações nas formulações de políticas públicas, conforme assinalou Draibe, seriam indispensáveis para a consolidação de todo este processo.

Inúmeras discussões se deram nas articulações políticas que viessem a integrar os recursos orçamentários da União às políticas de saúde (SUS), da previdência social e da assistência social, constituindo-se na busca de um só orçamento, chamado: orçamento da seguridade social.

O SUS, como modelo de seguridade social, estaria na re-distribuição orçamentária e, por que não dizer da renda, promovendo a equidade a partir do princípio da transformação das desigualdades, em particular da saúde, mas também, das demais dessemelhanças.

As políticas de saúde (SUS), de previdência social e de assistência social se pautariam pelos princípios constitucionais, que assinalavam a transição de um modelo incipiente e incompleto de seguridade para outro, de maior escopo e abrangência.

Propunha-se, (Brasil, 1988):

- a universalidade de cobertura e atendimento, uniformidade e equivalência de benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- seletividade e distributividade na prestação de benefícios e serviços;
- irredutibilidade do valor dos benefícios;
- equidade da forma de participação no custeio;
- diversidade da base de financiamento;

•caráter democrático e descentralizado de administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Para isto a Constituição Brasileira assegura a todos os cidadãos brasileiros o direito à saúde. Essa conquista é garantida pelas instâncias do Poder Público nas esferas que compõe o sistema federativo nacional, ou seja , a União – representado pelo poder executivo federal , o Estadual – representado pelas instituições governamentais de Estado e o Municipal - poder local regido pelas secretarias municipais.

Essas esferas de governo compartilham responsabilidades, em seus níveis de execução, a fim de promover a articulação , a interação e a construção estrutural do Sistema Único de Saúde. Um complexo sistema a ser instalado dentro do contexto nacional, notadamente heterogêneo , desde já , em sua composição.

Procura ser formulado a partir de um processo de regionalização hierarquizada , que integra um conjunto de ações voltadas para assegurar a promoção, proteção e recuperação da saúde , onde cada esfera de governo cumpre funções e competências específicas.

Sua criação data de 1.988 e foi definitivamente regulamentado na Constituição promulgada de 1.988, pela lei nº 8.080/90 , conhecida como Lei Orgânica da Saúde .

Seus objetivos finais , éticos ou doutrinários compreendem:

Universalidade ou direito universal à saúde . Entendido como a cobertura total a todos os cidadãos constituídos independente de quaisquer restrições, inclusive de prévia forma de contribuição financeira , o que lhes garantiriam o acesso as políticas de saúde.

Integralidade ou direito integral a saúde . Entendido como a articulação de ações e serviços preventivos ou curativos, individuais ou coletivos, necessários para efetivar melhoras nos níveis de saúde da população.

Eqüidade . Compreendida como a estratégia de equilibrar as desigualdades existentes , desenvolvendo ações que objetivem a justiça social, inclusive dentro do conceito ampliado de saúde.

Seus objetivos organizacionais, operativos compreendem:

Descentralização. Prover os municípios de autonomia para ações e serviços de saúde.

Participação popular . Fomentar na sociedade a construção de conselhos que atuem na formulação e acompanhamento das políticas do sistema.

Regionalização e Hierarquia. Considerar a criação de redes de serviços regionais e hierarquizados imprescindíveis para a racionalização das ações.

A VIABILIDADE E O FINANCIAMENTO DO SISTEMA : UM DUELO ENTRE O ECONÔMICO E O SOCIAL

No entanto, neste duelo , apesar de conquistas e avanços , momentos de estagnação houve. Cita Vergara (2000) que , “ no âmbito latino-americano, as repercussões das reformas de estado foram acentuando conseqüências de depressões econômicas em certas áreas geográficas, em setores produtivos , que não desenvolveram a capacidade de competir internacionalmente, em um sistema educacional deficiente, em uma sensação de incerteza frente ao sistema de pensões, administrado por empresas privadas e por uma falta de equidade nos serviços de saúde" .

Esta citação permitir considerar que as políticas públicas , notadamente , a reforma sanitária , tornaram-se inviáveis , ou pelo menos , sem um resultado eficaz , para um pleno desenvolvimento dos princípios da seguridade social. O que permite fazer a colocação de que foi necessário “ transitar para uma segunda geração de políticas sociais , decorrentes das interrogações de como reorganizar a sociedade em função desta nova estratégia de desenvolvimento econômico a fim de atingir a eqüidade (Vergara , 2000) .

Estas interrogações são exatamente aquelas de como conciliar políticas econômicas restritivas e um gasto social , sem dúvida de grandes proporções , considerando o afastamento do Estado de suas ações sociais e a qual nível de pobreza, entendida em sua totalidade , chegou a cidadania brasileira, em especial.

Como também são , as interrogações, de como compreender as relações do mercado com o extrato social mais favorecido economicamente e que forma toma , tal dimensão do capital , considerando as enormes desigualdades existentes entre estes extratos dentro da sociedade contemporânea.

Como uma “ bola de neve “ sem controle , o panorama atual da seguridade social exige novas redefinições. Citando Cordeiro,(2000) “ Já não se trata de colocar em prática utopias universalizantes, nem políticas focalizadas em grupos sociais carentes. O projeto era estabelecer uma nova racionalidade na gerência pública capaz de conviver com as políticas macroeconômicas que implicam a redução do papel do Estado (de novo, visto como uma "coisa", um instrumento), concentrando-o em funções regulatórias, retirando-o da prestação direta de serviços, separando funções de financiamento e de provimento de serviços” .

Levcovitz, (1997) ao fazer um balanço do movimento sanitário brasileiro aponta para conquistas, em momentos diversos de velocidade e intensidade das ações , citando que, a exemplo de uma verdadeira reforma, cuja meta seria a redução das desigualdades para os menos iguais, seriam :

1) implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) com políticas de municipalização da saúde que atingem aproximadamente 664 municípios correspondendo a cerca de 70% da população do país (período 1982-1986);

2) expansão das AIS e implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), como estratégia-ponte para o SUS, envolvendo a totalidade das Secretarias Estaduais de Saúde e cerca de 2.500 municípios (1987-1990);

3) definição pela Constituição Federal do direito à saúde como direito de todos e aprovação dos princípios do Sistema Único de Saúde. Início da implementação do Sistema Único de Saúde após aprovação da Lei Orgânica da Saúde (1990);

4) implementação da Norma Operacional Básica SUS 01/91, com forte conteúdo desconcentrador para municípios, porém estabelecendo relações diretas entre o gestor federal o Ministério da Saúde e as secretarias municipais de saúde. As transferências eram negociadas caso a caso, de acordo com a produção de serviços e mediante convênios para prestação de serviços (1991-1992); cria-se a unidade de cobertura ambulatorial (UCA) para pagamento deste tipo de atendimento; são envolvidos 1.074 municípios; persiste o pagamento direto do gestor federal a hospitais e ambulatórios privados;

5) implementação da Norma Operacional Básica, SUS 01/93 que definia critérios para habilitação dos municípios segundo condições de gestão (incipiente, parcial, semiplena) com pactuação de recursos segundo critérios definidos nas comissões intergestores (tripartite e bipartite) e início das transferências do Fundo Nacional de Saúde aos fundos municipais de saúde; são habilitados, por tais critérios, 3.127 municípios;

6) implementação da Norma Operacional Básica SUS 01/96, redefinindo as condições de gestão: para os municípios , gestão da atenção básica e gestão plena do sistema municipal saúde; para os estados gestão avançada e gestão plena do sistema estadual;

7) aprovação e início de implementação da Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/ SUS /2001) que pretende estabelecer critérios e estratégias de regionalização nos estados, atribuindo maiores poderes às secretarias estaduais de saúde (Brasil, 2001).

Todo este processo tem apresentado um ciclo contraditório, com os avanços e recuos relacionados às decisões macroeconômicas das políticas de ajuste do governo brasileiro envolvido numa reforma de Estado que por privilegiar os pilares econômico-financeiros , suscita questões que ferem os avanços sociais como :

- a) modificações resultantes da não implementação da seguridade social tal como previsto na Constituição Federal de 1988;
- b) as contradições do federalismo brasileiro, explicitadas em distintos momentos da municipalização dos serviços de saúde;
- c) as medidas regulatórias relacionadas ao SUS no âmbito institucional da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e aos operadores de seguros e planos de saúde, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- d) as políticas de reformas administrativas e seu impacto na força de trabalho em saúde , e
- e) as políticas para estruturação de novos modelos de cuidados básicos de saúde.

Dentro desta construção histórica da Reforma Sanitária brasileira, a criação do Ministério do Bem-Estar Social, englobando as dimensões da Previdência, Assistência Social e Saúde, não se consolidou. Uma integração destes três níveis de seguridade , atrelados a um orçamento diretamente proporcional , certamente traria condições para a integralização de ações dentro do conceito ampliando de saúde ou de seguridade preconizado pela reforma e consubstanciado pela Constituição Federal.

A Lei Orgânica da Saúde só sancionada cerca de dez anos após instalado o processo de reforma sanitária, buscou sanear estas lacunas operacionais.

Com o objetivo de garantir os recursos necessários e, de forma permanente, para o atendimento da saúde pública outro avanço constitucional foi estabelecido através da Emenda Constitucional nº 29 , que altera a Constituição Federal de 1.988.

O novo texto logrou assegurar a efetiva co-participação da União , Estados e Municípios no financiamento das ações e serviços de saúde.

A Emenda procura estabelecer percentuais mínimos das receitas destas esferas de governo a serem aplicadas em políticas e programas de saúde. Procura aumentar, disciplinar e dá maior estabilidade aos recursos .

A regra a ser estabelecida vincula os recursos da União ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) .

A nível municipal, a regra também se aplica e com substancial incremento a partir de mudanças adotadas nos valores arrecadados pelos Impostos Predial e Territorial Urbanos (IPTU) .

A discussão da implementação do SUS no Brasil está , portanto, intimamente ligada aos aspectos relativos às formas de financiamento desenhadas pelo Ministério da Saúde, conforme descritas anteriormente.

Cabe , dentro de um processo de análise crítica , alguns comentários a cerca desta forma de financiamento, considerando-se a heterogeneidade e complexidade do Sistema, no contexto nacional geográfico e político.

Não restam dúvidas quanto aos visíveis avanços conquistados pela constituição de 1988. Parece , entretanto , oportuno considerar , que tais mudanças propostas e de certa forma consolidadas em legislação , na prática esbarram em uma complexidade histórica de desacertos políticos e organizacionais.

Em que pese os grandes avanços nos processos decisórios no âmbito do SUS, incluindo a implantação de instâncias deliberativas descentralizadas e intragovernamentais , as chamadas Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite, além do funcionamento dos Conselhos de Saúde , nas três esferas de poder , acreditava-se que a organização política e

paralelamente a organização assistencial ou mesmo as políticas de saúde , regionais e locais , também estivessem em sintonia com a descentralização financeira.

Observa-se , no entanto , que os modelos assistenciais ainda se repercutem em moldes Ministeriais , atrelados a uma historicidade de centralização e verticalização , que não respondem de forma efetiva na produção de saúde como bem ampliado.

A forma de financiamento e gestão dos recursos do SUS, decorre de uma importante discussão que se dirige a atual regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/00.

Observando as questões de natureza tributária que tem implicação positiva ou negativa sobre as fontes de financiamento tradicionais da saúde e - vale ressaltar que reformas tributárias tornaram-se príncipes nas últimas mesas de negociação , gerando conflituosas discussões entre os Estados mais ricos e mais pobres - também , a complexa interação entre o Orçamento Geral da União e o Orçamento da Seguridade Social ; a criação do SUS, associou ao conjunto de partes federadas, mediante o plano de descentralização , a responsabilidade pelo financiamento e gestão do sistema.

Para se ter exemplo desta difícil tarefa de administração financeira descentralizada , fruto da inabilidade dos governos periféricos em lidar com recursos , seja por um despreparo técnico , seja pela má gestão abusiva, durante a década de 1990, após implantação constitucional do sistema a União ainda permaneceu com uma responsabilidade de transferências de recursos para a saúde na ordem de 70 %.

A incapacidade à época de planejar , gerir , executar políticas de saúde descentralizadas , suscitou a criação de propostas de emenda à constituição , sendo finalmente em 13 de setembro de 2000 , aprovada a emenda nº 29 , destinada a disciplinar os percentuais de gastos diretamente à saúde.

Um período de transição necessário foi negociado entre os entes federados , visto que , a participação dos Estados e Municípios crescia em volumes de repasse , mas também crescia

em responsabilidades , que estavam plenamente reguladas pelos Tribunais de Conta , através da instituição das leis de responsabilidade civil destinadas aos gestores públicos.

De tal forma que durante os anos de 2001 -2004 , deveriam os Estados e Municípios contribuir para a saúde , a partir de suas receitas , com percentuais de 12 % e 15% respectivamente , destinados exclusivamente aos programas e ações de saúde.

No âmbito da União o valor correspondente seria aquele encontrado na variação nominal do Produto Interno Bruto.

Neste ponto dois grandes problemas surgem incondicionalmente. O primeiro depende da antecipação das receitas públicas de Estados , Municípios e da própria União. O segundo surge quando os gestores se perguntam sobre o que exatamente entende-se por ações de saúde?

Estas dúvidas , suscitadas pelo novo texto constitucional, foram solucionadas em lei complementar, a cargo do Poder Legislativo, mas sob a condução direta do próprio Ministério da Saúde, através do Conselho Nacional de Saúde e de outras entidades como os Conselhos de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde , Comissão de Seguridade Social da Câmara Federal , Comissão de Assuntos Sociais do Senado e Associação dos Membros dos Tribunais de Conta.

Tal lei complementar , consolidando os repasses financeiros , foi o estopim para a rearticulação dos atores acima mencionados, cujo resultado foi não apenas um embate jurídico com o Ministério da Fazenda, mas também a produção de um documento intitulado “Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da EC 29”.

É interessante ressaltar como duelam entre si os interesses de pastas ministeriais de caráter financeiro e aquelas de caráter social , de tal forma que todas as conquistas sociais encontram-se em frontal dissonância com a agenda política – econômica governamental ,

fruto do seu ingresso e mergulho definitivo nas políticas neo-liberais de franca separação do Estado em relação as políticas universais de seguridade social.

E para entender como na gestão de recursos a semântica também tem implicações foi necessário a resolução de nº 316/2002 , aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre diretrizes acerca da aplicação da emenda e nas conceituações do que seria ações e serviços de saúde.

Dentre estas conceituações destacam-se para melhor entendimento aquelas que :

sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal , igualitário e gratuito

estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada setor federativo.

sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

Portanto, desenham-se, nos cenários futuros, a fragmentação e a segmentação entre diversas "clientelas" de consumidores de serviços de saúde, cabendo ao Estado e aos gestores de saúde funções regulatórias de ordenação de um "mercado imperfeito" de saúde. Tal como descreveu Werneck Viana (1998), citando que “trata-se de um processo de americanização da seguridade social no Brasil, onde prevalece a lógica do seguro social e que resulta em inviabilização dos princípios constitucionais de 1988: "ao contrário da seguridade social onde as necessidades da despesa definem as metas das receitas, bem oposto ao orçamento público, em que a capacidade da receita define os limites da despesa" (Lessa apud Levcovitz, 1997) “ .

CONCLUSÃO

Feito um apanhado sobre a historiografia do movimento social e a reforma sanitária do Brasil e seus paralelos com a conjuntura latino-americana, cumpre frisar que o todo o processo em si não seria , nem se pensa , ser imune a críticas e conseqüentemente a revisões do seu planejamento.

Um largo passo foi dado dentro do contexto democrático nacional , embora , muito se tenha por buscar. Sair de um adormecido ocaso já se deslumbra como positivo, e dentro das conquistas que se procura atingir , se não a plena democracia , mas grande parte dela , está no entendimento e construção de uma nação que, embora , tenha irremediavelmente escolhido o rumo do mundo globalizante , fortemente influenciando pelo modelo capitalista, que per si , não é apocalíptico , faça-se constantes críticas construtivas ao fortalecimento da seguridade social e , assim , à consolidação de uma nação cujo bem final seja a igualdade para todos.

Para este entendimento passemos analisar alguns pontos .

É clássico afirmar que onde o excede o capitalismo , seja na produção ou na sua lógica , excederá também as desigualdades e exclusões.

Neste modelo particular, cria-se insidiosamente uma engenhosa premissa na qual se mantém as diferenças, uma vez que , para sustentá-lo (o capitalismo) o que o constrói é exatamente o individualismo. Leia-se a cultura do monopólio e das oligarquias .

Uma alternativa absolutamente contrária ao modelo socialista comunitário de crescimento social e econômico.

Em sendo assim , gritantes são os abismos que nos separam de um desenvolvimento sustentável e fundamentalmente compartilhado.

Excede na América Latina as desigualdades, embora , admita-se que mesmo inseridos neste contexto , é possível o crescimento de ambos os segmentos ; seja o econômico e o social , de forma a diminuir substancialmente as diferenças e procurar atingir como meta a equidade.

Equidade , portanto , passa a ser o tema central dos debates . Não se suporta mais os contrastes entre os extratos sociais. Aos que produzem as desigualdades , em função dos seus modelos de gestão, estão também , ou deverão estar , as preocupações em reduzi-las.

Tomar o tema da equidade nas mãos é , pois , imaginar que não só os teoremas econômicos devem ser repensados , mais também , procurar agir em busca da equidade da redistribuição das rendas nacionais como sustentáculo do progresso econômico e primordialmente igual para todos.

Mas , igualdade o que é ? , e , em que ?

Esta indagação tornou-se necessária para o entendimento do conceito de equidade , em tese, abrangente e complexo.

Coube a Sen (2001) profundas reflexões sobre o questionamento, e o mesmo começa em suas inflexões , resumidamente , deslocando o foco dos instrumentos e meios utilizados

tradicionalmente , como parâmetros de comparação (por exemplo: domínio sobre bens primários , renda real) para os elementos constitutivos , como os “ funcionamentos ” e “ capacidades ” , entendidos como os meios constitucionais para o alcance do bem-estar e as capacidades reais de atingir e realizar tal bem-estar.

A partir deste prisma cabe o algoritmo de que todos nascem iguais e que atingir o estágio de realização plena – individualizada – é uma tarefa de todos , ou seja , de políticas sociais de cunho eminentemente universais , a fim de que , alguns ou muitos , não se percam ou não se excluam de um processo global de igualdade.

Norberto Bobbio (2000) aprofunda estas colocações fazendo correlações entre o que seria igualdade e igualitarismo. Terminologias diferentes que indubitavelmente se aproximam em suas essências, e cita o sumo princípio de que “ é necessário apenas o necessário ”. Considera que igualdade , assim como liberdade , são tomadas às vezes , por um conceito vazio e genérico e se não especificadas , nada devem significar.

Para isto lança duas perguntas que procuram dá concretude ao abstrato : a) igualdade entre quem ? b) igualdade com relação a que coisas ?

Para a primeira pergunta é importante considerar que , dentro desta terminologia de igualitarismo, numa concepção global de sociedade, deve estar previsto ou é desejável que todos sejam iguais em tudo.

Embora pareça utópico e dando-lhe mais aproximação material uma doutrina igualitária deve ser defendida como aquela que exige a igualdade do maior número de indivíduos para o maior número de bens disponíveis. Noutras palavras , um projeto de nação onde o que é produzido como bens materiais sejam distribuídos de forma equânime .

Marx em Critica al programma di Gotha faz outros aprofundamentos filosóficos a despeito da igualdade na tentativa de estabelecer uma correlação entre os critérios de justiça em relação àquela “coisa” e a “quem” , o direito ou bem de igualdade deve ser resguardado.

Seu argumento assenta-se numa simples frase que diz: “ De cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades ”.

E noutra afirmação doutrinária de Buonarroti , citado em Bobbio (2000), aquele retoma o conceito de que : “ Dado que todos tem as mesmas necessidade e as mesmas faculdades, que exista portanto para todos uma só educação , uma só nutrição (por exemplo) . Eles se contentam com um único sol e um único ar para todos: por que não deveria bastar para cada um deles a mesma quantidade e a mesma qualidade” .

Este é o paralelo claro entre as teorias de Sen e Marx , onde os funcionamentos e as capacidades devem ser privilegiadas a fim de se atingir critérios mais absolutos de igualdade.

Exemplifica-se e entende-se em Sen (2001) os conceitos de “funcionamentos” e “capacidades” a partir da noção de saúde como um bem mais ampliado que envolve nutrição, lazer , moradia, saneamento, alimentação , educação , etc ... ; do que simplesmente uma condição de bem-estar físico e mental.

Esta afirmação implica que tudo isso não depende apenas da renda produzida e acumulada, mas é substancialmente influenciada por aspectos de como são produzidos os bens na sociedade , sua forma de disponibilidade e acesso à todos.

Da forma como se conduz a política econômica , diria , global , é pertinente citar Bain & Hicks (1998) que afirmam que “o desenvolvimento não resultou em igualdade e que enfrentaremos agora uma tragédia de exclusão” .

Exclusão social entendida como a impossibilidade ou a não habilidade para se ter acesso aos direitos sociais, mesmo que outros já se tenham conquistado.

Construindo , mesmo que utopicamente, a igualdade .

Imagino , portanto , que partindo da necessidade de construção de uma nação os conceitos de igualdade entre os seus constituintes sejam fundamentais.

Unificar um povo em razão de um projeto comum , tornando-lhes iguais culturalmente , lingüisticamente e perante a lei que os rege .

Assegurando-lhes uma primeira forma de igualdade, a igualdade formal , entendida como o igual tratamento daqueles que pertencem a uma mesma categoria ou nação.

Construir mecanismos de crescimento que comportem a todos , sem exclusões.

Abandonar o comportamento das políticas neo-liberais , que contrariamente, avaliam as desigualdades e consideram uma sociedade tanto mais civilizada, quanto mais desigual for . Eleva o critério das capacidades , o mais valia , em detrimento do critério das necessidades.

Para tanto e novamente retomando Buonarroti , “ em moral , em política , e em economia, a igualdade não é uma identidade matemática e não se altera por pequenas diferenças” , até porque , a natureza fez os homens , ou o gênero humano , numa alocação à igualdade, mais iguais em relação as necessidades do que em relação às capacidades.

Construir mecanismos de crescimento que comportem a todos , sem exclusões.

Construir a eqüidade a partir da destruição dos pilares que suportam as desigualdades , como sendo: condições propícias para um aumento significativo do investimento em capital humano em relação ao capital financeiro especulativo.

Criar , numa visão meramente comunitária e não individualista , vendo e tendo o homem não como um indivíduo único personificado , mas numa visão ampliada do gênero humano

; políticas sociais originais voltadas precisamente para os segmentos menos favorecidos dando-lhes oportunidade de crescimento vertical e distanciando as desigualdades.

Facilitar o acesso as tecnologias sejam educacionais ou de saúde , como vetores de modificações estruturais da sociedade , permitindo a construção de valores compartilhados e elevando o conceito de cidadania nacional.

Buscar-se-á a equidade substancialmente de dois modos: a) estendendo as vantagens de uma categoria a outra categoria que dessas vantagens esteja privada . b) retirar de uma categoria de privilegiados as vantagens de que goza , de modo que, possam deles obter os benefícios ,também , os não privilegiados.

Reitero , finalmente , que em tese todos os homens e mulheres são por natureza iguais , as desigualdades de fato existentes são consideradas irrelevantes e como Nietzsche afirma : “ o socialismo é a moral do rebanho pensado até o fim: ou seja, o princípio ‘ direitos iguais para todos’ levado à conseqüente ‘ pretensões iguais para todos’ ; logo ‘ um rebanho e nenhum pastor’ ; logo ‘ a ovelha é igual a ovelha’.

Referencias Bibliográficas:

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6 , n. 2 , São Paulo, 2001

BOBBIO, Norberto. Teoria geral da política: a filosofia política e as lições dos clássicos; Michelangelo Bovero (org) ; Rio de Janeiro: Campus , 2000

KLIKSBURG, Bernardo. Desigualdade na América Latina: o debate adiado; 2ª ed. – São Paulo: Cortez, 2001

SEN , Amartya Kumar. Desigualdade reexaminada; Rio de Janeiro: Record , 2001