



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Batista Coelho, Ivan

Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do  
Sistema Único de Saúde no Brasil

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 1, enero, 2010, pp. 171-183

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012432019>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## **Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil**

Democracy without equity: analysis of health reform  
and nineteen years of National Health System in Brazil

Ivan Batista Coelho<sup>1</sup>

**Abstract** This paper aims to evaluate the nineteen years of the National Health System in Brazil, under the prism of equity. It takes into account the current political context in Brazil in the 80s, that the democratization of the country and the health sector could, per se, lead to a more equitable situation regarding the access to health services. Democracy and equity concepts are here discussed; analyzing which situations may facilitate or make it difficult its association in a theoretical plan, applying them to the Brazilian context in a more general form and, to emphasizing practical implications to the National Health System and to groups of activism related to health reforms. It also seeks to show the limits and possibilities of these groups with regards to the reduction of inequality, in relation to the access to health services, which still remain. To conclude, the author points out the need for other movements to be established which seek the reduction of such and other inequalities, such as access to education, housing, etc, drawing special attention to the role played by the State, which is questioned regarding its incapacity of promoting equity, once it presents itself as being powerful when approaching other matters.

**Key words** Health politics, Health reform, Health equity

**Resumo** Este artigo procura avaliar os dezenove anos da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil sob o prisma da equidade. Toma como ponto de partida um contexto de expectativas vigentes nos anos oitenta do século XX de que a democratização do país e do setor saúde pudesse, por si, levar a uma situação mais equitativa em relação ao acesso a serviços de saúde. Discute os conceitos de democracia e equidade, analisando que situações podem facilitar ou dificultar sua associação no plano teórico, aplicando-os ao contexto brasileiro de forma mais geral e aos movimentos pela reforma sanitária e implementação do SUS em particular. Procura também evidenciar os limites e as possibilidades destes movimentos no que tange à redução das desigualdades no acesso a serviços de saúde que ainda persistem. A conclusão aponta a necessidade de que se estabeleçam outros movimentos que busquem a redução destas e de outras desigualdades, como o acesso à educação, moradia, etc., chamando a atenção, em especial, para o papel do Estado, que é questionado em sua pretensa debilidade para promover justiça social, uma vez que se mostra muito potente quando aborda outras questões.

**Palavras-chave** Política de saúde, Reforma sanitária, Equidade em saúde

---

<sup>1</sup> Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, UFMG. Av. Alfredo Balena 190, Santa Efigênia. 30130-100 Belo Horizonte MG.  
ivan@medicina.ufmg.br

## Introdução

Em 1985, o colégio eleitoral composto pelo conjunto dos congressistas elegia de forma indireta o presidente da república. Todos os demais níveis do Poder Executivo – municípios e estados – assim como do Poder Legislativo, haviam sido eleitos de forma direta pela população. Por este motivo, embora haja controvérsias, grande parte dos cientistas políticos considera este um marco importante da redemocratização do Brasil. Além do mais, todas as demais instituições já se encontravam funcionando no contexto democrático e as linhas gerais para a eleição do próximo presidente estavam estabelecidas. Três anos depois, em 1988, promulgávamos a nossa constituição, na qual inscrevemos o Sistema Único de Saúde (SUS), que deveria concretizar a promessa de saúde como um “direito de todos e um dever do Estado”. Hoje, decorridos dezenove anos da criação do SUS, ainda nos encontramos distantes do cumprimento destes preceitos constitucionais.

Embora dezenove anos sejam considerados tempo suficiente para se atingir a maioria para os cidadãos, utilizar o mesmo critério para dizer que o SUS ou a democracia brasileira atingiram também a sua maioria é temerário. Se, de um lado, dezenove anos representam muito tempo na vida de um indivíduo, de outro, em processos históricos ou na vida de instituições, este período pode não representar tempo suficiente para que mudanças perceptíveis ocorram. Mais grave do que isto, este período pode não representar tempo suficiente para que se consiga perceber os processos em plena gestação que conduzirão a estas mudanças. Questões complexas como mudanças de perfis de classes sociais e distribuição da renda nacional podem demandar um tempo mais longo para que se processem. Este fato, no entanto, não invalida algumas constatações empíricas em relação ao acesso a determinados bens e serviços, que podem, com todas as limitações acima expostas, permitir uma análise de tendências ou de rumos mais prováveis para a sociedade brasileira, com base nestas quase duas décadas que se passaram.

O movimento pela reforma sanitária, assim como, de forma geral, os movimentos pela redemocratização do país, estiveram associados a lutas por mais justiça social e equidade. A democracia era vista por estes movimentos não apenas como um valor em si, mas também como um meio através do qual se poderia conseguir uma solução para o problema das desigualdades sociais, levando também a condições que permi-

tiriam tanto um melhor estado de saúde da população quanto um acesso mais equitativo aos serviços de saúde.

Decorridas praticamente duas décadas do processo de redemocratização do Brasil e da implantação do SUS, um grande conjunto de indicadores tem persistentemente apontado a manutenção, e, em alguns aspectos, até mesmo a ampliação das desigualdades no acesso a serviços de saúde<sup>1</sup>, na distribuição dos recursos<sup>2</sup>, assim como das desigualdades sociais de forma mais geral. Este fato torna-se especialmente marcante se considerarmos que, durante mais da metade deste período, estivemos sob a égide de governos e alianças, que, por mais críticos que sejamos à sua atuação, não podem ser considerados conservadores.

As explicações mais habituais para esta situação, em geral, se concentram no que poderíamos chamar de insuficiência de nossa democracia. Esta insuficiência é caracterizada por muitos autores como uma situação onde temos uma democracia formal, com pleitos eleitorais relativamente democráticos e instituições que os suportam, mas onde não contamos com a real participação do conjunto de cidadãos, em situação de igualdade, nos processos decisórios do país, que caracterizaria o que alguns chamam de democracia substancial. Em seu livro “A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira”, Sílvia Gerschman sintetiza estas posições ao escrever que no Brasil **a Reforma Sanitária pode ser compreendida como um processo de estabelecimento de uma democracia parcial, ou como um regime parcial, em que a sua efetiva instituição e institucionalização atualizariam, na arena política da saúde, a condição de possibilidade do exercício da democracia tal como compreendida neste capítulo. Ou seja, não são condições suficientes para a consolidação da democracia o estabelecimento das instituições políticas, eleições periódicas e partidos políticos; a questão da equidade é principal para que a democracia se efetive. A Reforma Sanitária atualiza tal condição no campo da saúde<sup>3</sup>.**

A linha a ser aqui desenvolvida tem outro rumo. Não se trata de pura e simplesmente contestar estas explicações mas, antes, de inseri-las em um questionamento mais radical. Democracia traz mesmo equidade? Se o faz, por quais mecanismos? Quando não o faz, quais são os mecanismos que operam? O que vem ocorrendo com o caso brasileiro tanto em relação ao acesso a serviços de saúde como em relação ao contexto mais geral?<sup>4</sup>

## Democracia e equidade

Democracia não é um conceito unívoco. Significante com vários significados ao longo da história e no uso que dele é feito por diversos autores, tem se prestado a uma vasta gama de interpretações. Confessamos, de antemão, nossa desistência de procurar uma essência que seja comum a todos os usos do termo. Advertidos por Wittgenstein da não correspondência, *a priori*, entre linguagem e mundo<sup>5</sup> e, consequentemente, da ociosidade de se perguntar o que é democracia, optamos por indagar quais usos temos feito desta expressão em nosso cotidiano. Ao fazê-lo, nos deparamos com algumas questões. Será que estamos nos referindo às mesmas coisas quando utilizamos democracia nas expressões “república democrática” – com a qual os ex-países socialistas se auto-intitulavam – e “democracia liberal”, que os países do ocidente, por seu turno, utilizavam para se referirem a si mesmos<sup>6</sup>? Atualmente, quando vários autores utilizam as expressões “democracia formal” e “democracia substancial”, estão falando de um universo semântico ao qual outro se agrega ou estamos falando de universos semânticos diferentes?

É bastante provável que parte considerável do debate em torno da democracia tenha a ver com os usos de um termo que, pelo seu significado, tem se referido a coisas diferentes. A título de exemplo, a democracia formal<sup>6</sup>, como anteriormente mencionado, tem sido caracterizada por diversos autores como correspondendo a um processo no qual temos eleições universais, com critérios razoavelmente claros, periodicidade definida, caráter competitivo, onde a população adulta escolhe seus tomadores de decisão em eleições garantidas por um conjunto de instituições que lhe dão suporte. À democracia substancial corresponderia, além do universo semântico anterior, o igualitarismo ou a equidade. Para estes autores, poderíamos dizer que temos, no primeiro caso, um conceito mais reduzido de democracia e, no segundo caso, um conceito mais alargado. Outros autores, no entanto, consideram que o universo semântico descrito acima como democracia formal não caracteriza um regime como democrático, constituindo-se apenas em pressuposto para este. Poderíamos dizer que, para estes autores, a inexistência do componente igualitarista faz com que um regime não possa ser considerado democrático.

Um outro aspecto a ser observado é que, ao desenvolver seus trabalhos, a maioria dos autores o faz em obras, no contexto das quais um conjunto de conceitos criados se explicam e se

sustentam reciprocamente. Ao sacar isoladamente alguns conceitos de uma obra, apartando-os dos contextos nos quais foram utilizados, corremos o risco de deixá-los sem substância, sem sustentação. Aqui, novamente, pode-se facilmente evidenciar que parte muito substantiva das diferenças nestas discussões tem relação com o que Wittgenstein chamou de “o feitiço da língua”. Com frequência, estamos fazendo asserções e debates, sem nos apercebermos, sobre objetos diferentes. Talvez, parte substantiva do nosso trabalho deva ser nos livrar do feitiço que as palavras exercem sobre nós, algumas com mais intensidade do que outras.

Feitas estas considerações, optamos por trabalhar aqui com o conceito de democracia mais próximo da visão do senso comum, que corresponde à noção de democracia formal, mencionada acima, e separá-lo da idéia de equidade, que trabalharemos a seguir, por vários motivos.

O primeiro deles é meramente por comodidade. Em que pese o fato das várias tipologias, criadas por diversos autores para a democracia, permitirem lançar luzes sobre um grande número de questões, a tarefa de descrever os novos regimes políticos de governos, como o do Brasil, outros países da América Latina, do Leste Europeu e da Ásia, que se alteraram nestas últimas três ou quatro décadas, com estas tipologias é altamente complexa. Como enquadrar os regimes de cada um destes países nestas tipologias sem, simultaneamente, assumir alguns dos pressupostos que estas mesmas tipologias contêm em seus arcabouços? Não é tarefa fácil!

O segundo motivo diz respeito à juventude do acréscimo à democracia, pelo menos em termos de intensidade, do componente igualitarista que aqui é tratado como equidade. É claro que o fato de estarmos acostumados a ver, nos últimos sessenta anos, especialmente na Europa em maior grau, e nos Estados Unidos em menor escala, a democracia associada a uma maior justiça social, nos leva a pensar que democracia e equidade andam juntas. Mas o que fazer com as democracias grega e romana da antiguidade ou com a dos países da América Latina, Caribe e países asiáticos nos últimos quarenta anos, onde este componente não se mostra tão evidente? Como denominá-los? Obviamente, podemos aqui utilizar o recurso de dizer que eles se encontram em trânsito para um regime verdadeiramente democrático. Mas o que fazer se daqui a trinta ou quarenta anos eles ainda continuarem em trânsito? Já sabemos que esta discussão pode se prolongar indefinidamente.

O terceiro e mais importante motivo diz respeito ao componente equidade. Esta não é apanágio apenas de regimes democráticos. A democracia pode, em muitas circunstâncias, favorecer uma minoria restrita de detentores do poder econômico, embora seja um governo eleito pelo povo. Uma ditadura política pode favorecer, pelo menos nos períodos revolucionários, a classe mais numerosa dos cidadãos. Desta forma, julgamos prudente, como procedimento heurístico, não manter associados os conceitos de democracia e equidade. Não fundi-los em conceitos como democracia substancial, democracia social, etc., tem, aqui, o intuito de melhor analisar suas interações. Verificar que circunstâncias ou fatores podem favorecer ou dificultar a associação entre democracia e equidade.

O debate em torno da idéia de equidade é antigo. Para Aristóteles, o equitativo e o justo se equivalem. Em sua “Ética a Nicômaco”, dizia que “a natureza da equidade é a retificação da lei no que esta se revele insuficiente pelo seu caráter universal”<sup>7</sup>. A equidade se colocava como uma espécie de recurso ou revisão nos efeitos de uma lei em uma dada situação particular onde esta mesma lei, pelo seu caráter universal, se mostrava imperfeita ou de difícil aplicação. Aqui o princípio de equidade deve ser colocado com base na justiça que esta lei deveria fazer e não o faz em virtude de seu caráter genérico. O equitativo é, para Aristóteles, superior ao que é formulado em uma lei, uma vez que esta está sujeita a erros em sua aplicação a casos particulares.

Para Kant, ser justo é agir segundo o imperativo categórico, que nos recomenda “agir unicamente segundo a máxima que faça com que possamos querer, ao mesmo tempo, que ela se torne universal”<sup>8</sup>. O desejo de universalidade deste imperativo poderia, a princípio, sugerir que contradiz a idéia de equidade. Esta situação se agrava ainda mais quando observamos que Kant acreditava que a equidade não se prestava a uma reivindicação jurídica formal, não cabendo aos tribunais, mas apenas à consciência. No entanto, se desdobrarmos um pouco mais o imperativo categórico, veremos que o mesmo é posto apenas como “máxima” que deve orientar a ação. Segundo Ricoeur<sup>9</sup>, não cometíramos um exagero interpretativo caso, ao tornar prático o imperativo categórico, agíssemos de tal modo que tratássemos a humanidade como tratamos a nós mesmos. Que tratássemos o outro não como meio, mas como um fim em si, o que reporia a questão da equidade nos trilhos. Tratar o outro como um fim em si pressupõe que cada um seja

tratado segundo suas necessidades. Ou, dito de outra forma, necessidades diferentes requerem tratamentos diferentes. De certa forma, Ricoeur lança pontes entre as concepções de Aristóteles e Kant, contrariando o que pensa grande parte dos comentadores dos dois autores.

Porém, a idéia de equidade é mais bem elaborada em Rawls<sup>10</sup>, que de certa forma retoma Aristóteles, igualando as idéias de equidade e justiça, abandonando sua orientação teleológica e assumindo a posição kantiana de uma justiça procedural, deontológica. Faz isto, no entanto, sem adotar a obsessão kantiana pela racionalidade, conferindo um caráter pragmático à sua idéia de justiça. As idéias de justiça devem ser dispostas em listas (ou leis) que materializem direitos e responsabilidades, para os quais se faz necessária a produção de consensos. De forma sintética, poderíamos dizer que Rawls considera que “equidade é a desigualdade justa”, ou seja, o tratamento desigual é justo quando é benéfico ao indivíduo mais carente. Aqui é importante destacar que desigualdade não é sinônimo de iniquidade. Obviamente, desigualdades entre as pessoas podem ocorrer em decorrência de vários fatores, desde a genética até aos hábitos que as pessoas assumem em suas existências. No entanto, o que Rawls considera iniquidade diz respeito a desigualdades que são criadas por um processo histórico e pelos modos de organização e de produção da sociedade.

Seus dois princípios procuram critérios para que a justiça seja feita na situação de desigualdade<sup>10</sup>. Indivíduos diferentes merecem e devem receber tratamento diferente e este tratamento deve se dar de forma a eliminar ou reduzir a desigualdade entre eles. Assim, indivíduos mais carentes necessitam maior apoio estatal. Neste sentido, para que tenhamos equidade, postula que:

a) cada pessoa tem um direito irrevogável a um esquema plenamente adequado de liberdades básicas iguais que seja plenamente compatível com o mesmo esquema de liberdades para todos;

b) as desigualdades sociais e econômicas devem satisfazer duas condições: primeiro, devem estar vinculadas a cargos e posições acessíveis a todos em condições de igualdade equitativa de oportunidades; e, em segundo lugar, têm de beneficiar ao máximo os membros menos favorecidos da sociedade (o princípio de diferença).

É importante salientar que, embora dê precedência ao primeiro, Rawls não concebe a existência destes dois princípios isoladamente. A realização da justiça como equidade pressupõe a comitânciam dos dois princípios. Por liberdades

básicas iguais compreende-se aqui a liberdade de pensamento e de consciência; liberdades política (direito de votar e participar da política) e de associação, bem como os direitos especificados pela integridade (física e psicológica) da pessoa; e, finalmente, os direitos e liberdades abarcados pelo estado de direito, entre os quais, na maioria dos países, se inclui a saúde. Este princípio tem primazia sobre o segundo e deveria estar inscrito na constituição dos países. Estes elementos constitucionais essenciais são os pontos sobre os quais governo e oposição concordam (ou pelo menos, deveriam concordar!). Fica claro aqui, que além de uma maior igualdade de renda, Rawls já propõe outras formas de igualdade, entre as quais poderíamos incluir, sem exageros interpretativos, o acesso a serviços de saúde. Esta idéia é convergente com o conceito de igualdade complexa de Miller e Walzer<sup>11</sup>, que, em suas proposições de igualdade por esferas ou segmentos, colocam a saúde como um dos principais pontos sobre o qual se deveria conseguir uma situação de maior igualdade social.

Equidade em saúde e equidade no acesso a serviços de saúde não têm os mesmos determinantes. Os determinantes sociais dos processos de adoecimento se encontram associados a um extenso conjunto de fatores, entre os quais vale a pena mencionar os hábitos e estilos de vida, a genética, as questões ambientais, a renda, etc. Por seu turno, equidade no uso de serviços de saúde não resulta necessariamente em equidade em saúde, até mesmo por que, como é fato conhecido de todos, o impacto do sistema de saúde no perfil de adoecimento e morte da população é relativamente pequeno, quando comparado aos outros determinantes sociais mencionados. No entanto, como assinalamos no início, avanços na equidade ao acesso a bens e serviços, a exemplo dos oferecidos pelos sistemas de saúde, podem apontar tendências ou rumos mais prováveis em relação à satisfação das necessidades do conjunto da sociedade. Podem funcionar como *proxy* que permite aferir avanços em termos de uma sociedade mais justa.

A associação entre democracia e equidade era relativamente comum a várias correntes de pensamento no final do século XX<sup>4</sup>. Mesmo entre os marxistas mais ortodoxos, a idéia de que a democracia poderia permitir algum grau de equidade era comum. Embora insistissem que a democracia não era suficiente para eliminar a dominação das elites, que derivam seu poder da posse dos meios de produção, e que somente uma redistribuição profunda, envolvendo estes mei-

os, pudesse levar efetivamente a uma situação com direitos iguais para os cidadãos, reconhecam que o ambiente democrático podia propiciar que setores mais desfavorecidos da população auferissem alguns ganhos. Estes ganhos eram considerados concessões das classes dominantes com o intuito de coibir movimentos por mudanças mais radicais.

Os liberais do século passado temiam, a princípio, a democracia, pois acreditavam que, através do empoderamento da parcela menos favorecida da população, houvesse pressões permanentes por reformas que transferissem parcelas dos bens ou renda das classes mais abastadas para as menos favorecidas. Ou mesmo, que esta parcela da população, por ser a maioria, viesse instalar um governo que se ocupasse principalmente dos interesses das classes menos favorecidas. Posteriormente, abandonaram seus receios em relação à democracia e passaram a pregar que a combinação desta com um mercado livre de impedimentos poderia resultar em avanços sociais.

Os sociais democratas, por sua vez, acreditavam que a democracia empoderava os mais pobres e que a mesma tinha impactos fortemente redistributivos, motivo pelo qual sempre pressionaram por democracia na esperança de que os setores menos favorecidos da população pudessem, gradualmente, conseguir influência política para se obter uma sociedade mais justa. É possível que a democracia tenha tido um importante papel nas políticas distributivistas da Europa Central na segunda metade do século passado, o que reforçou este pensamento.

A crença de que a democracia pode facilitar políticas distributivistas é comum também a cíentistas políticos de diferentes orientações teóricas e a extensos setores da sociedade. A associação frequentemente feita entre democracia e equidade é tão grande que, como expusemos anteriormente, alguns autores consideram a idéia de equidade parte do conceito de democracia.

Hipoteticamente, os mecanismos pelos quais a associação entre democracia e equidade ocorre são vários e incluem tanto as pressões das classes menos favorecidas – através de diversas formas de associação para a defesa de interesses comuns, movimentos sociais para questões específicas e até mesmo a assunção de programas por partidos políticos –, quanto a ação direta da oficialidade estatal. Esta, muitas vezes, se antecipa às pressões, atendendo as demandas dos menos favorecidos, com o intuito de adquirir maior legitimidade social, o que implicaria, como ganho secundário, maior autonomia frente às elites. Estes

mecanismos podem se combinar de diferentes modos, levando, ao longo dos anos, a uma maior equidade.

### A reforma sanitária brasileira: democracia sem equidade

Embora não possamos dizer que a reforma sanitária e o SUS sejam frutos de movimentos de massa com grande engajamento dos movimentos populares, dos trabalhadores, etc., a tradição de participação social – em que pese um certo corporativismo de trabalhadores, gestores e intelectuais do próprio setor – é muito substantiva. O setor saúde possui, a este respeito, muitas peculiaridades frente aos demais. Aqui podemos falar não apenas de democracia em um sentido mais restrito, mas também de democracia em um sentido mais ampliado. O setor incorporou vários mecanismos de efetiva participação social, onde o conjunto da sociedade pode influenciar as políticas, não apenas durante o período eleitoral, com a escolha dos tomadores de decisões, mas, também, durante o exercício dos mandatos eletivos. Entre estes mecanismos poderíamos citar, a título de exemplo, as conferências de saúde – nas quais são debatidos os principais problemas de saúde, assim como as políticas propostas pelos diferentes atores para sua solução – e os conselhos de saúde, com caráter deliberativo em todos os níveis de governo. Do ponto de vista das gestões dos poderes municipal, estadual e federal, foram criadas instâncias que permitem o debate entre os gestores, como as comissões intergestores envolvendo representantes das três esferas de governo. Até mesmo a gerência das unidades de saúde, de determinada forma, se tornou mais permeável aos trabalhadores e usuários, não sendo raros os exemplos de participação ativa destes segmentos na gestão e planejamento do conjunto de ações a serem implementadas. Desta forma, se restam ainda alguns questionamentos em relação à efetiva democratização da sociedade brasileira, poderíamos dizer que, em relação à saúde, este questionamento é menos pertinente. O setor efetivamente se tornou democrático. Assim, no que tange especificamente ao setor saúde, o argumento da manutenção de desigualdades em função de termos apenas democracia formal é ainda mais questionável.

Existe uma vasta literatura abordando a questão das iniquidades em saúde no Brasil, mostrando a permanência de um grande fosso entre os indicadores de saúde seja quando considera-

mos as diferentes regiões do país, seja quando consideramos outros aspectos como renda e escolaridade. Entre estes, vale a pena mencionar Viana *et al.*<sup>1</sup> e Duarte *et al.*<sup>12</sup>. Ambos apontam a persistência de profundas desigualdades nos indicadores de saúde no que se refere às diferentes regiões do país e na oferta e acesso a bens e serviços de saúde. A título de exemplo, a expectativa de vida ao nascer, mesmo tendo aumentado em todo o país nas duas últimas décadas, apresenta um fosso profundo entre as regiões Sul e Sudeste, e a Norte e Nordeste. A mortalidade infantil em grande parte dos municípios do Nordeste e Norte supera os 50 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto um grande número de municípios do Sul e Sudeste apresenta uma mortalidade infantil inferior a 10 óbitos por mil nascidos vivos. Mais gritante que estes dados é talvez o que se observa em grandes municípios, onde determinadas regiões da cidade contam com índices de mortalidade infantil superior a 40 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto outras regiões da própria cidade apresentam índices inferiores a 8 óbitos por mil nascidos vivos, como é o caso de Belo Horizonte<sup>13</sup>. Aqui, em uma mesma cidade, convivem dados que se assemelham em alguns locais aos da Bélgica e, em outras regiões da cidade, aos da Índia.

Embora estas diferenças em termos da situação de saúde sejam relevantes, nosso intuito aqui não é analisar estas iniquidades e sua dinâmica, pois, como assinalado anteriormente, estas dependem de um extenso conjunto de fatores. A este respeito, Buss<sup>14</sup>, em um extenso trabalho de revisão bibliográfica, constatou que “uma vez superado um determinado nível de PIB *per capita*, o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um dado país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui”. Neste sentido, analisar a oferta de serviços de saúde e de como estes se encontram distribuídos é uma forma de medir o esforço que uma sociedade desenvolve para corrigir suas desigualdades. Considerando que o acesso a bens e serviços de saúde tem relação direta com a oferta dos mesmos, a situação do país não é confortável. Mais grave do que o fato de não termos avançado substancialmente em termos de uma distribuição mais equitativa dos serviços de saúde é o retrocesso que se observa em alguns aspectos essenciais do sistema de saúde.

Quando analisamos comparativamente o acesso aos serviços levando em consideração os cidadãos assistidos exclusivamente pelo SUS e os assistidos pela saúde suplementar, o fosso é gi-

gantesco e vem se ampliando nos últimos anos. Iniciando pela questão financeira, o aparato da saúde supletiva movimenta cerca de R\$ 40 bilhões ao ano<sup>15</sup>, destinados quase exclusivamente à assistência médica de seus 40 milhões de assistidos. Por seu turno o SUS, responsável pelo atendimento dos restantes 140 milhões de habitantes, conta com aproximados R\$ 60 bilhões ao ano<sup>16</sup> (somando recursos das três esferas de governo) para cuidar, além das questões assistenciais, de toda a vigilância à saúde, vigilância de portos e aeroportos, fiscalização de estabelecimentos, vacinas, etc., o que faz com que o SUS tenha menos recursos para a assistência médica dos seus 140 milhões de assistidos que o utilizado pela saúde supletiva para cobrir seus 40 milhões. Ressalte-se ainda que parcela considerável dos usuários da saúde supletiva tem parte da sua assistência feita pelo SUS, por possuírem planos de saúde que não oferecem cobertura integral.

O SIH/SUS<sup>16</sup> registrou durante o ano de 1998 aproximadamente 4.100 estabelecimentos hospitalares privados prestando serviços ao SUS. Em 2004, este número pouco ultrapassava os 3.300 estabelecimentos e a pesquisa da AMS<sup>17</sup> registrou apenas 3.066 estabelecimentos privados prestando algum tipo de serviço ao SUS. Esta mesma pesquisa evidencia que o número de hospitais privados que vinha prestando serviços à saúde suplementar estava aumentando e que, além dos hospitais que possuíam dupla militância – prestando serviços tanto ao SUS quanto à saúde suplementar –, 1.362 hospitais (30,65% do total) não prestam nenhum tipo de serviço ao SUS. Aqui fica demonstrado, de forma inequívoca, o aumento do número de hospitais à disposição da saúde suplementar e a redução dos hospitais à disposição dos usuários do SUS.

A este respeito, Cordeiro<sup>18</sup>, utilizando dados do DATASUS, mostrou que a realização de 84% dos procedimentos de maior complexidade do SUS (hemodinâmica, terapia renal substitutiva, ressonância magnética, radiologia intervencionista, tomografia computadorizada e quimioterapia) se davam pelo setor privado, ao passo que 82% dos procedimentos ambulatoriais eram realizados pelo setor público, apontando no sentido de uma especialização do setor público em procedimentos de menor complexidade e do setor privado na alta complexidade. Salientava ainda uma previsível “retração dos setores mais qualificados da oferta hospitalar privada no SUS para um segmento mais bem financiado, o da saúde suplementar”. É importante frisar que aqui não se trata apenas da utilização de uma estratégia

de compra de serviços privados em detrimento da montagem de rede própria. Trata-se efetivamente da redução da oferta de serviços no âmbito do SUS.

Santos e Gerschman<sup>19</sup>, em um estudo sobre a segmentação dos serviços de saúde no Brasil, apontam no sentido de uma menor competitividade dos hospitais filantrópicos e do seu alto grau de dependência do SUS. Sua parcela mais dinâmica tem, crescentemente, dirigido seus leitos para assistir seus próprios planos de saúde ou para prestar serviços ao segmento da saúde suplementar. Assim, prosseguindo as atuais tendências, o parque hospitalar do SUS tende a se concentrar nos hospitais públicos e na rede filantrópica de menor resolutividade, enquanto a rede filantrópica de maior resolutividade, juntamente com o setor privado, tendem a migrar para a saúde suplementar.

Os dados da AMS<sup>17</sup> evidenciam, em relação às tecnologias de maior complexidade, que do conjunto dos equipamentos existentes no país, apenas uma parcela menor se encontra disponível ao SUS e seus 140 milhões de assistidos, ao passo que a maior parte se destina à oferta no mercado, representado principalmente pelos 40 milhões de assistidos da saúde suplementar. A título de exemplo, dos 537 equipamentos radiofísicos para realização de estudos hemodinâmicos existentes no Brasil, apenas 96 pertenciam ao setor público e, deste total, apenas 271 equipamentos estavam disponíveis aos usuários do SUS; dos 529 aparelhos de litotripsia do país, apenas 217 estavam disponíveis ao SUS; dos 549 aparelhos de ressonância magnética, apenas 175 estavam disponíveis ao SUS; dos 6.185 aparelhos de ultra-som com **doppler** colorido, apenas 1.716 estavam disponíveis ao SUS; dos 3.069 videolaparoscópios existentes, apenas 1.222 estavam disponíveis ao SUS. Áreas estratégicas da assistência médica, como a da terapia intensiva, evidenciam diferenças muito substantivas de serviços disponíveis a um e outro segmento. A cobertura populacional de leitos de terapia intensiva é de 0,09 leitos por 1.000 habitantes no SUS, significativamente inferior ao sugerido pelo próprio Ministério da Saúde, enquanto esta mesma cobertura é de 0,25 leitos por 1.000 habitantes na saúde suplementar<sup>20</sup>.

A análise dos estudos e dados anteriormente mencionados permite a conclusão de que o fosso existente entre a oferta de serviços hospitalares e de alta complexidade tecnológica entre usuários do SUS e da saúde suplementar é gigantesca e está se ampliando nos últimos anos. No entan-

to, se considerarmos apenas os usuários do SUS, tem persistido e, em alguns casos, até se ampliado, um conjunto de iniquidades em termos de acesso a serviços quando se leva em consideração as diferentes regiões do país, a situação dos usuários nas capitais dos estados e no interior e até mesmo indícios de diferenças de acesso em função da renda, com maior dificuldade para as classes menos favorecidas.

Analisando comparativamente as regiões do país<sup>20</sup>, podemos observar que, em termos de leitos hospitalares, a Região Norte destoa significativamente da média nacional de 2,42 leitos por 1.000 habitantes, contando com apenas 1,87 leitos por 1.000 habitantes. Em relação à população assistida exclusivamente pelo SUS, este quadro se agrava ainda mais, pois esta população conta com uma cobertura 1,62 leitos hospitalares por 1.000 habitantes. No entanto, a população com acesso a saúde suplementar tem uma cobertura de 5,00 leitos por 1.000 habitantes, que é a maior do país.

No que tange à cobertura populacional de leitos de terapia intensiva, que pode, com relativa segurança ser utilizada como proxy para o acesso a toda a questão dos serviços de maior complexidade, a discrepância entre as regiões é ainda mais significativa<sup>20</sup>. As regiões Norte e Nordeste contam com apenas 58,33 % e 33,31 %, respectivamente, da média nacional. Esta situação se agrava ainda mais em relação à população assistida exclusivamente pelo SUS, em que ambas as regiões contam com uma cobertura de apenas 0,04 leitos por 1.000 habitantes, o que corresponde a menos de um terço da cobertura oferecida pelo próprio SUS nas regiões Sul e Sudeste. Este quadro agrava-se ainda mais quando analisamos comparativamente os estados. A discrepância entre os estados com maiores coberturas em relação aos de menores chega a atingir 1.200 %. A análise deste segmento é importante a nosso ver porque demonstra de forma inequívoca a incapacidade que tem mostrado o Estado brasileiro de reduzir desigualdades mesmo quando, hipoteticamente, poderia fazê-lo. A oferta deste tipo de leito aumentou mais de 40% no SUS em um período de cinco anos; no entanto, as diferenças regionais se mantiveram literalmente as mesmas.

Em relação ao cenário capital e interior, observa-se uma grande concentração de leitos hospitalares, leitos de terapia intensiva, assim como do conjunto de equipamentos de maior complexidade nas capitais, que contam com praticamente a metade da capacidade instalada do país, conforme fartamente documentado pela pesquisa da

AMS<sup>17</sup>. Este quadro é mais gritante nas regiões Norte e Nordeste, onde, em alguns estados, a título de exemplo, a quase totalidade dos leitos de terapia intensiva encontra-se nas capitais. Embora se observe um aumento muito discreto nos últimos anos do percentual de leitos alocados nos municípios do interior dos estados, a situação ainda está distante de uma distribuição mais equitativa. É fato amplamente conhecido o fracasso de nossas estratégias de regionalização dos serviços. Vários instrumentos, a exemplo da Norma Operacional de Assistência a Saúde<sup>16</sup>, que deveria promover uma maior descentralização dos serviços, sequer saíram do papel.

Não são raros os estudos que apontam, dentro do próprio SUS, diferenças de acesso a serviços em função do poder econômico dos usuários. Teixeira<sup>21</sup> demonstrou uma maior dificuldade de usuários de menor renda ter acesso a serviços de saúde de maior complexidade no SUS em Belo Horizonte. Considerando o emaranhado de regras do sistema e sua alta fragmentação, não é difícil imaginar que os usuários com maior poder de pressão consigam fazer valer seus direitos com maior frequência. Exemplo deste expediente são as inúmeras ações judiciais que os gestores têm enfrentado nos últimos anos, obrigando-os a dar provimento a serviços, procedimentos, medicamentos, etc. Como sabemos, os usuários com maior poder econômico têm mais acesso a esta alternativa judiciária de fazer valer seus direitos.

Até aqui, a potência do conjunto de políticas do aparato estatal para enfrentar estas desigualdades tem se mostrado relativamente débil. A título de exemplo recente, no período compreendido entre 2002 e 2005, a questão da Região Norte do país, que contava com o menor índice de cobertura de leitos hospitalares, tornou-se ainda mais dramática. Segundo os dados da AMS<sup>17</sup>, nesta região, o setor privado, que está reduzindo o número de leitos em todo o país, teve sua queda mais acentuada, decréscimo de 5,7 %, e o setor público, que está aumentando o número de leitos em todo o país, teve o segundo menor índice de aumento, 0,8 %, ficando acima apenas da região Sul, que cresceu apenas 0,3 %, ante uma média nacional de 1,7 % de crescimento. A consequência é que se acentuou a desigualdade na oferta de serviços em relação a esta região, que já era a pior assistida em relação a hospitais.

Em face desta situação de persistente desigualdade na oferta e no acesso a serviços, muitos dirão que o processo de reforma sanitária se encontra em pleno curso, não sendo ainda possível analisar seus resultados, afinal, dezenove anos é

muito pouco tempo e muito se andou neste período. Ou, como é frequente ouvirmos, embora o SUS tenha muito a caminhar, muito já foi percorrido. Segundo os defensores desta opinião, ainda estaríamos em pleno processo instituinte. Segundo o dito popular, acreditam que no final tudo dará certo; se ainda não está dando certo, é porque não estamos no final.

Ora, o arcabouço jurídico administrativo do SUS está pronto. O arcabouço jurídico administrativo da saúde suplementar está pronto. As instituições do SUS, como o Ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais, suas respectivas instâncias de gestão, participação e controle (comissões intergestores, conselhos, etc.) se encontram estabelecidos e funcionando há um bom tempo. A saúde supletiva, com a Agência Nacional de Saúde, mecanismos de regulação e interação entre prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde e usuários se encontram relativamente bem estabelecidos. Obviamente, todas estas instituições e organizações, assim como o aparato legal que lhes dá suporte, podem gradativamente ser melhorados, aperfeiçoados. No entanto, já se encontram instituídos. É provável, pois, que enquanto processo instituinte de novas relações, novos direitos de cidadania e enquanto promotora de equidade, a reforma sanitária tenha se esgotado, e que o resultado deste processo seja o de termos, na saúde, conseguido chegar a uma situação onde temos democracia, mas, que esta, pelo menos é o que parece até aqui, não tem sido capaz de reduzir desigualdades. O mais grave desta situação é que não conseguimos ver, no horizonte das instituições existentes, processos em curso que possam alterar, pelo menos em um futuro próximo, esta situação.

Muito provavelmente, o que está ocorrendo com a saúde está também ocorrendo na maioria dos outros setores. Embora alguns pequenos avanços possam ser observados, a exemplo do que ocorreu com a renda dos 20% mais pobres da população<sup>22</sup>, tratam-se de oscilações tão pequenas que são mais comumente percebidas por estatísticos do que pela maioria da população. A manutenção destas desigualdades não é apanágio apenas do setor saúde. As políticas de acesso a escolas de qualidade, à pré-escola e ao ensino superior ainda não se mostraram suficientes para alterar as desigualdades neste setor. As políticas para acesso a moradias também não têm redirecionado as ações no sentido de alterar de forma significativa os investimentos na área. Estes ainda se destinam eminentemente às classes médias. Em que pesem pequenos avanços no campo da

proteção social com algum aporte de recursos a programas de suplementação alimentar, incentivo à permanência na escola e a cuidados de proteção à saúde, consubstanciados em programas como o Bolsa Família, estes não têm se mostrado robustos o suficiente para fazer frente ao enorme fosso estabelecido entre os setores sociais mais abastados e a grande maioria da população.

### **Por que os mecanismos hipoteticamente promotores de equidade fracassaram?**

Estamos acostumados a ouvir vários tipos de explicações, em geral ligadas a diferentes correntes de pensamento, não necessariamente antagônicas, mas potencialmente complementares, que tentam apontar os mecanismos pelos quais as desigualdades são mantidas no Brasil. Destacaremos três grupos principais de explicações e os mecanismos pelos quais eles poderiam estar contribuindo para a manutenção das desigualdades no acesso aos serviços de saúde<sup>4</sup>.

As explicações de caráter socioeconômico em geral apontam como responsáveis pela manutenção do patamar de desigualdades, por um lado a nossa situação de dependência externa, e, por outro lado, nossa estrutura de classes. O país construiu um grande parque industrial, porém às custas de uma grande dívida externa e também interna. Neste contexto, o aparato estatal necessita carrear um grande conjunto de recursos para o pagamento desta dívida, o que impossibilita de promover investimentos sociais, em especial ligados à saúde, educação, etc., que propiciariam, ao longo do tempo, uma redução de nossas desigualdades sociais. Neste contexto, fica extremamente difícil promover equidade, em especial sem grandes taxas de crescimento econômico. Por seu turno, a estrutura social –que conta com um grande hiato entre as classes, além de parcelas significativas da população na economia informal – apresenta uma grande heterogeneidade, com interesses muito distintos entre incluídos e excluídos, gerando uma clivagem entre estes setores que dificulta sua união em pressões igualitaristas ou redistributivistas.

No campo da saúde, estes mecanismos explicariam o financiamento estatal insuficiente. O gasto público **per capita** atualmente não ultrapassa os US\$ 250, mesmo quando somamos os valores das três esferas de governo. Em que pese a dificuldade de comparação com outros países, face ao fato do poder de compra do dólar variar muito de um país para outro, ainda assim, nos-

so gasto público é baixo, inferior mesmo a grande parte dos países da América Latina. Provavelmente, o baixo volume de recursos destinados ao setor da saúde mantém alguma correlação com o fato de destinarmos, no orçamento da União, três a quatro vezes mais recursos para o pagamento do serviço da dívida (mais de R\$ 135 bilhões ano) do que para o SUS (em torno de R\$ 40 bilhões) ao ano. Por outro lado, a clivagem da sociedade, em relação à saúde, entre usuários de planos de saúde e assistidos pelo SUS, dificulta a associação destes segmentos para o estabelecimento de objetivos comuns.

Os adeptos da teoria das escolhas racionais (*rational choice*) dizem que enquanto grupos pequenos podem alcançar mais rapidamente concordância ou motivos para cooperar, maior número de atores tem uma grande dificuldade de trabalhar por objetivos comuns. Por este argumento, a enorme massa de desfavorecidos é incapaz de articular seus interesses em uma ação coletiva comum, enquanto a elite organizaria e defenderia seus privilégios com muito maior facilidade. Isto explicaria uma série de situações. Um exemplo comumente utilizado trata da comparação entre o que ocorreu na Europa Central, em contraposição à situação da América Latina. Uma maior equidade na Europa seria decorrente da conjunção de esforços trabalhistas e populares, onde a massa de trabalhadores excluídos era menor se comparada ao contexto da América Latina. Mesmo que não consideremos esta a explicação para a situação brasileira, ela pelo menos nos diz que a associação dos menos favorecidos em uma empreitada comum não é automática, dependendo de fatores contextuais complexos.

A corrente institucionalista atribui a manutenção de nossas desigualdades à persistência de padrões de organizações sociais e estatais que atuariam no sentido de criar constrangimentos substantivos às políticas sociais em seu papel redistributivo. O principal mecanismo aqui envolvido seria o da fragmentação institucional. Esta fragmentação, em relação à sociedade civil, corresponderia à coexistência de múltiplas e independentes organizações, que se apresentam como representantes de segmentos de um mesmo estrato social. Estas organizações no fundo enfraqueceriam a representação de determinados segmentos, por se apresentarem, quase sempre, divididas e com interesses diferentes. No que tange ao Estado, encontramos múltiplas agências autônomas tratando de assuntos similares de forma não coordenada, e, às vezes, até mesmo de forma conflitiva.

Esta fragmentação institucional faz com que, por um lado, os movimentos sociais dispersos em múltiplas e pouco coordenadas representações não encontrem um foco preciso onde atuar e, por outro, que políticas determinadas a partir de posições mais centrais no aparelho estatal se diluem e percam potência ao ter que passar por uma multiplicidade de organizações, muitas vezes também portadoras de interesses antagônicos. Em relação ao SUS, este fato pode ser visto da seguinte forma. Em primeiro lugar, é muito difícil articular os interesses do grande conjunto dos usuários. Nas poucas vezes em que isto é conseguido, o foco para o qual as demandas são endereçadas se dilui. A multiplicidade de instâncias e organismos responsáveis por atender as demandas – municípios, estados, União, as várias e distintas agências e órgãos governamentais, etc. – faz com que as pressões sejam amortecidas, ou com que estas demandas não se expressem nos locais adequados. Por outro lado, quando ocorrem decisões governamentais importantes, este mecanismo funciona em sentido inverso. Este vasto leque de organizações pouco coordenadas entre si inviabiliza que políticas sejam implementadas. Desta forma, sejam mecanismo **bottom-up**, em que as bases pressionam as elites, sejam mecanismos **top-down**, em que o Estado se antecipa às demandas sociais, se mostram de pouco impacto<sup>4</sup>.

Resumidamente, poderíamos agrupar as respostas à questão sobre o que impede que tenhamos maior equidade na oferta de serviços de saúde, segundo estas diferentes vertentes de pensamento, em três matrizes explicativas. A primeira delas, a socioeconômica, nos diz que nossa dependência externa e as consequentes distorções de classe nos impedem de investir na área social. A segunda, a escolha racional, enfatiza que nosso principal obstáculo é a dificuldade em unir forças para uma ação coletiva comum dos menos favorecidos. Por último, os institucionalistas alegam que nossas desigualdades dificilmente serão reduzidas enquanto persistir nossa fragmentação institucional.

Com qual das explicações devemos ficar? Talvez não seja esta a pergunta adequada a ser feita. O debate entre a corrente socioeconômica, das escolhas racionais e a institucionalista não é recente. Da primeira costuma-se dizer que tem pouca precisão e que talvez seja mais adequada para grandes lapsos de tempo e análises mais globais, com grandes limitações para analisar setores, a exemplo do sistema de saúde. Os exemplos mais comuns de fracasso desta corrente são

as grandes diferenças dos sistemas de saúde de países que apresentam estágios similares de evolução de seus sistemas econômicos. Dito de outra forma, a explicação socioeconômica funciona mais como uma rede para pegar grandes tubarões, enquanto os sistemas de saúde, nesta metáfora aquática, não passariam de pequenos lambaris no grande mar das relações sociais.

A teoria das escolhas racionais é geralmente tida como insuficiente, isoladamente, para explicar a situação das instituições, a exemplo do sistema de saúde e suas organizações. Mesmo porque, é fato conhecido, na teoria dos jogos, podemos ter mais de uma boa solução para uma dada questão. No entanto, não devemos abandoná-la e sim associá-la às explicações socioeconômica e institucional. O que elas perdem em parcimônia e elegância, ganham em acurácia empírica. A questão crucial a ser feita a partir desta teoria é: sob que condições a ação coletiva é virtualmente impossível? Em que condições ela pode emergir e contrabalançar a vantagem das elites<sup>23</sup>?

### **A título de conclusão**

É bem provável que a democracia por si só não seja capaz de garantir equidade. Que o digam os antigos gregos e romanos! Embora a mesma tenha tido papel fundamental neste processo na Europa Central no começo e metade do século passado, isto não necessariamente ocorrerá na nossa e nas democracias do Terceiro Mundo. É importante lembrar que, embora o crédito da redução das desigualdades tenha ficado com o fato dos países europeus se encontrarem em regimes democráticos, a ameaça do socialismo do leste europeu pairava, como a espada de Dâmones, sobre suas cabeças, o que já não ocorre hoje. Parafraseando Hume, podemos dizer que estávamos acostumados a ver a democracia ao lado da equidade na situação européia do pós-guerra e assim os associamos, como se faz com as causas que levam a efeitos. Mas isto não é lógico nem necessário. Uma não leva necessariamente à outra e a história pode não se repetir. Não podemos desconsiderar a hipótese de estarmos diante do fato da democracia, caso não encontremos os mecanismos adequados para promover equidade, ser capaz de conviver por muito tempo com desigualdades acentuadas. Não é de todo improvável que a democracia contemporânea tenha encontrado mecanismos para administrar e controlar movimentos sociais por mais igualdade, não necessitando mais, a exemplo do caso brasileiro,

a alternância de períodos de democracia com períodos de ditadura.

Reforça estas hipóteses o fato de que cerca de cinquenta países que se tornaram democráticos nos últimos trinta anos – envolvendo o Leste Europeu e os países asiáticos, que também apresentam amplos contextos de desigualdade, em sua grande maioria –, não terem conseguido grandes avanços em termos de uma maior justiça social, pelas informações que temos até aqui. Desta forma, não é imprudente concluir que é necessário haver movimentos específicos com a finalidade de reduzir estas desigualdades e de encontrar mecanismos para superar os obstáculos a estes movimentos. Seria bem razoável, caso políticos e gestores ao se apresentarem às classes menos favorecidas, oferecendo como projeto mais democracia, tivessem como resposta destas mesmas classes o seguinte: – tudo bem! Mas, uma parte nós queremos em dinheiro mesmo! Ou seja, que tenhamos mais democracia, mas tenhamos também mais investimentos sociais, mais serviços, etc.

Até aqui, o processo de redemocratização e a reforma sanitária consolidaram, de forma mais geral e na saúde em particular, as desigualdades sociais. No caso específico da saúde, não é de menor relevância o fato de conseguirmos, ao longo destas duas últimas décadas, estender a cobertura assistencial a toda a população brasileira, processo que, aliás, foi iniciado no regime autoritário. Mais significativo do que isto é o formato como isto se deu. Não apenas ampliamos a cobertura, mas fizemos com que isto se desse de forma que todos os níveis de atenção estivessem contemplados nessa assistência, e não apenas uma lista de procedimentos básicos, como ocorreu em alguns países. Este fato provavelmente contribuiu para algumas situações de uso pouco racional dos recursos. O SUS convive com o seguinte paradoxo: os dois extremos do sistema – de um lado o preventivo com suas vacinas, programas voltados para grupos de risco e do outro lado o sistema para a abordagem de problemas complexos, caros e demandantes de alta tecnologia, como transplantes, cirurgias cardiológicas, terapias renais, abordagem do câncer –, são altamente satisfatórios. Ao mesmo tempo, convive-se com prosaicas dificuldades de internar pacientes para problemas corriqueiros, conseguir uma consulta com especialista ou mesmo fazer algum exame de menor complexidade.

Neste ponto, cabe uma reflexão que necessita ser desenvolvida *a posteriori*. Talvez tenhamos tido dificuldade de articular os três conceitos que

subjazem às políticas no interior do SUS. É bem provável que tenhamos contraposto, desnecessariamente na maioria das vezes, as idéias de universalidade e integralidade – que poderíamos resumir como tudo para todos – à de equidade. Desta forma, em alguns momentos deixamos de ofertar mais aos menos favorecidos porque todos tinham direito e, assim sendo, o critério mais comumente utilizado foi a ordem da demanda no tempo e não a ordem de necessidade. Exemplo disto é a dificuldade de utilização de critérios socioeconômicos e, na maioria das vezes, até mesmo clínicos, para a distribuição de medicamentos ou serviços escassos. Aqui, a confusão estabelecida é entre as idéias de universalidade e equidade. Uma outra contradição pouco trabalhada diz respeito à integralidade. Como todos têm direito a tudo, somos, na maioria das vezes, incapazes de definir o que não vamos fazer ou ofertar em função dos recursos serem insuficientes para tudo. Como resultado, convivemos com o paradoxo de ofertar alguns procedimentos muito caros, de pouco impacto, seja na longevidade seja na qualidade de vida dos cidadãos, ao passo que alguns bem elementares não são ofertados ou o são com volume e qualidade insuficientes. Um bom exemplo desta situação é o que ocorre com a atenção básica. Como as demandas para este nível da atenção são, aparentemente, menos imperiosas do que para os outros níveis, esta foi sempre secundarizada em termos de recursos. Isto provavelmente contribuiu em muito para uma certa irracionalidade na estruturação e uso dos serviços.

O SUS pode ainda conseguir avanços institucionais, normativos, gerenciais e de racionalidade com respeito a fins específicos. Isto é parte da rotina de qualquer sistema vivo e estes avanços podem contribuir para reduzir desigualdades. Este fato, no entanto, não contraria a tese do fim desta reforma sanitária em curso como processo instituinte, capaz de gerar novos direitos ou novas conquistas sociais. No entanto, manter estes avanços, procurar consolidá-los, não é tarefa de menor importância e que possa ser descurada. Retrocessos ou paralisações não estão fora de cogitação, caso a sociedade não se mantenha permanentemente mobilizada para assegurar os direitos já conquistados.

É necessário estabelecer movimentos específicos com o intuito de reduzir as desigualdades de forma mais geral e na saúde em particular. Encontrar mecanismos para reduzir a distância entre a saúde suplementar e o SUS é urgente. Até aqui, sequer conseguimos fazer com que esta

desigualdade resultasse em benefícios para os menos favorecidos, como sugeriria Rawls. Os mecanismos para resarcimento ao SUS de procedimentos feitos para associados de planos de saúde não funcionam, o que faz com que o sistema dos menos favorecidos ainda subsidie os dos mais favorecidos. Parcela significativa do pagamento a planos de saúde é deduzida do Imposto Sobre a Renda, o que, hipoteticamente, reduz as receitas da união e, consequentemente, a capacidade de financiamento do SUS.

Persistem ainda muitas desigualdades entre as diversas regiões do país, assim como entre o que é ofertado em regiões urbanas e rurais. Nossas políticas não têm sido suficientemente robustas para reduzir estas desigualdades. Talvez um de nossos maiores erros diga respeito à questão do investimento e dos repasses de recursos. Estes têm ainda privilegiado pesadamente séries históricas de serviços realizados, o que é fortemente mantenedor da situação atual. É necessário desenvolvermos mecanismos que permitam priorizar efetivamente as regiões mais pobres de forma a promover uma redistribuição mais equitativa dos serviços. Nossos tratamentos diferenciados, no sentido de promover equidade, têm sido insuficientes até aqui. Talvez devêssemos concluir o trabalhado inacabado de Rawls<sup>23</sup> em *The law of peoples*, que pode ser considerado uma tentativa de estender seus conceitos de justiça distributiva a sociedades que o mesmo considerava não possuírem ainda mecanismos institucionais plenamente desenvolvidos para o exercício da democracia. Desenvolver nossas próprias teoria e práticas de como conseguir promover equidade em nosso contexto de país periférico é um desafio que dever ser seriamente considerado.

O papel redistributivo do Estado precisa ser repensado. Talvez devêssemos começar a estranhar que o mesmo Estado que se mostra tão poderoso para algumas questões como a regulação do mercado, provimento de infraestrutura, etc., mostre-se tão fraco para intervir nos problemas sociais ou na distribuição da renda. No caso brasileiro, especificamente, talvez mereça uma análise mais detida o fato de nos mostrarmos tão eficazes para produzir gigantescos superávits primários e, assim, fazer frente aos serviços da dívida, conseguir financiamentos para a consolidação e modernização de todo um parque industrial, colocando-o em condições de competitividade face ao processo de globalização e, ao mesmo tempo, nos mostrarmos absolutamente incapazes de melhorar a infraestrutura de alguns postos de saúde, colocar as crianças

na pré-escola, na escola de tempo integral e assim sucessivamente.

A tese de que as pesquisas, a busca de evidências empíricas ou o mero debate entre as ideologias possam clarear o papel das reformas democráticas, com suas possibilidades e limites, não é de todo insustentável. Há pesquisadores, entre os quais me incluo, que acreditam que as pesquisas podem, no mínimo, contribuir para a esco-

lha mais acertada de objetivos e decisões sobre políticas e seus conteúdos. Neste sentido, continuar estudando, no campo da saúde, as instituições, as organizações, os processos políticos envolvidos, os processos de trabalho, as políticas implementadas com seus acertos e desacertos, etc., é tarefa necessária e pode trazer alguma contribuição para a consolidação de um bom sistema de saúde.

## Referências

- Viana SM, Nunes A, Santos JRS, Barata RB. *Medindo as desigualdades em Saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde/Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas; 2001.
- Lucchese PTR. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução da desigualdade em saúde. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):439-448.
- Gershman S. *A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 49.
- Weyland KG. *Democracy without equity: failures of reform in Brazil*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press; 1996.
- Condé MLL. *Wittgenstein: linguagem e mundo*. São Paulo: Annablume; 1998. p. 114.
- Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. *Dicionário de Política*. 5ª ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2000. p.328-340.
- Aristóteles. *Ética a Nicômaco*. (Livro V, capítulo 10, 1137b). São Paulo: Martin Claret; 1973.
- Kant I. *Fundamentos da metafísica dos costumes*. Rio de Janeiro: Ediouro; s/d. p. 70-79.
- Ricoeur P. *Soi-même comme autre*. Paris: Seuil; 1990. p. 199-344.
- Rawls J. *Uma Teoria da Justiça*. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
- Miller D, Walzer M, editors. *Pluralism, justice, and equality*. Oxford: Oxford University Press; 1995.
- Duarte EC, Schneider MC, Paes-Souza R, Ramalho MW, Sardinha LV, Silva JB, Castillo-Salgado C. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
- Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br>
- Buss PM, Pellegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad Saude Publica* 2006; 22(9):2005-2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>
- Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas da saúde: Assistência Médico Sanitária, 2005*. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
- Cordeiro HA. Seguridade social: mudanças estruturais necessárias para a sustentabilidade do financiamento do SUS, da previdência e da assistência social. *Olho Mágico* 2003; 10(2):15-16.
- Santos MAB, Gershman S. Segmentations of health service supply in Brazil: institutional arrangements, creditors, payers and providers. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):795-806.
- Coelho IB. *A expansão da terapia intensiva no Brasil: reduzindo ou acentuando desigualdades no acesso a serviços de saúde?* [dissertação]. Belo Horizonte (MG): UFMG; 2007.
- Teixeira OGS. *Acesso aos procedimentos de alta complexidade no âmbito do SUS em Belo Horizonte/MG: o caso da utilização da quimioterapia e radioterapia por pacientes portadoras de câncer de mama residentes em Belo Horizonte, nos anos de 2000 e 2001* [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- Rawls J. *The law of peoples*. Cambridge: Harvard University Press; 1999.