

EQUIDADE, DESIGUALDADE E INEQUIDADE EM SAÚDE:

mote contra o projeto de universalidade

Sheila de Souza Backx*

RESUMO

A questão da equidade vem ganhando relevância na política social brasileira nos últimos anos, sobretudo no setor saúde. Esse conceito ascende, no mundo anglo-saxão, em um contexto marcado por mudanças na cena contemporânea que geraram alterações nas bases da produção e da reprodução da vida social, bem como no padrão de acumulação e de regulação social. No Brasil surge com a introdução de medidas de ajuste estrutural da economia e é apreendido como um viabilizador tanto da racionalização dos custos, mas, sobretudo, da redução das desigualdades em saúde. É essa compreensão que se pretende problematizar.

Palavras-chave: Equidade - Política Social – Justiça Social

ABSTRACT

The equity subject has gained relevance in the Brazilian social politics in the last years above all in the health sector. This concept ascends in the Anglo-Saxon world in a context marked for changes in the contemporary scene which caused alterations of the production bases and of the reproduction of the social life as well as in the accumulation pattern and of a social regulation. In Brazil, it arises with the introduction of structural adjustment actions of the economy and it is used as a way not only for rationalization costs, but, above all, for reduction of the inequalities in health. This is the understanding that it intends to problematize.

Keywords:

1 INTRODUÇÃO

O presente ensaio objetiva problematizar o uso do conceito de equidade pelo setor saúde da política social brasileira, bem como sobre suas implicações para o ideário que inspirou a garantia do direito universal à saúde.

A proposta da equidade como paradigma de justiça distributiva vem ocupando lugar de relevância na política social brasileira nos últimos anos, sem, contudo, se fazer acompanhar da necessária problematização teórica desse conceito. Sua concepção moderna ascende, no mundo anglo-saxão, em um contexto marcado por rápidas e profundas mudanças na cena contemporânea que geraram alterações nas bases da

* Doutoranda em Serviço Social da PUC

produção e da reprodução da vida social, bem como no padrão de acumulação capitalista e da regulação social.

No Brasil passa a integrar os documentos oficiais do setor saúde de forma mais sistemática, a partir da segunda metade dos anos 90; ou seja, no contexto da introdução de medidas de ajuste estrutural da economia, com o processo de reforma do Estado, com a adoção da perspectiva de racionalização do gasto público prescritas pelas agências multilaterais (que partem do diagnóstico da inadequação e ineficiência dos gastos sociais brasileiros, que seriam excessivos e não atingiriam as regiões e grupos sociais mais pobres).

Nesse setor, o conceito de equidade apresenta diversos sentidos, inclusive o de sinônimo de igualdade que, a rigor, se remete a um outro paradigma de justiça social. Frequentemente, é apreendido como um viabilizador tanto da racionalização dos custos, mas, sobretudo, da redução das desigualdades em saúde. Na opinião de alguns autores, a equidade não implicaria em restrição de direitos constitucionalmente já definidos.

O que está em jogo, portanto, é a questão da igualdade com o seu referente de universalidade e o conceito de equidade com sua proposta de focalização.

2 A CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE UNIVERSALIDADE NA SAÚDE

A luta pelo direito à saúde para todos no Brasil é antiga, mas somente nas últimas décadas do século passado ganha força e consegue se instituir legalmente. Um dos marcos nessa trajetória é a III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, na qual se definiu o direito de todos à saúde e a municipalização como caminho para sua efetivação.

Vale lembrar que até a década de 60, a assistência à saúde se caracterizou basicamente por um modelo médico-sanitário com duas vertentes bastante distintas: a epidemiológica e a clínica. Ao longo do período militar fez-se uma clara opção por um modelo privatista, baseado na medicina terapêutica, voltado para o cuidado clínico individual, hospitalocêntrico e especializado, utilizando alta tecnologia e requerendo recursos humanos especializados. Esses serviços foram desenvolvidos em alguns centros urbanos, enquanto grandes segmentos da população continuavam sem assistência ou tendo à sua disposição serviços básicos.

Na primeira metade dos anos 70, quando estava em curso um processo crescente de privatização das ações e serviços de saúde (impulsionado sobretudo pelo setor previdenciário), profissionais dessa área já conseguiam dar visibilidade as bases de um processo de mobilização nacional em defesa da saúde pública que viria a ser conhecido como Reforma Sanitária.

Uma de suas referências foi a Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, realizada em Alma-Ata (1978), em consequência da 28ª. Assembléia Mundial de Saúde (1975) na qual foi lançado o lema “Saúde para Todos”. Na Conferência de Alma-Ata, convocada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o lema foi transformado em meta, ao se estabelecer o ano de 2000 para sua realização. Teve como um de seus objetivos divulgar experiências bem sucedidas de enfrentamento dos problemas de saúde, apesar de limitações de recursos financeiros, tecnológicos e humanos.

Em nível nacional, vale destacar a realização do I Simpósio Nacional de Política de Saúde (1979), organizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Na ocasião, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) - um legítimo representante da Reforma Sanitária - apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, uma proposta de reorganização do sistema de saúde.

Paralelamente, o modelo vigente para o setor saúde entra em crise financeira tanto em consequência da política econômica conduzida pelo governo federal, mas também por motivos inerentes ao próprio sistema. Várias medidas¹ foram tomadas na tentativa de conter a crise financeira e de responder a necessidade crescente de ampliação da assistência médica.

A “Nova República” inicia-se num contexto de instabilidade e crise econômica ocasionadas pelo esgotamento do próprio modelo de desenvolvimento brasileiro, aliado a sucessivas crises pela qual passava o sistema mundial capitalista. Em relação à política social, o período foi extremamente contraditório. Adotou uma retórica progressista e manteve a prática tradicional na área social.

Os movimentos sociais organizados foram protagonistas de uma ampla mobilização popular, visando à participação no processo de elaboração da nova Constituição Federal, por meio de emendas populares.

¹ Vale mencionar: Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE, 1980; Ações Integradas de Saúde – AIS, 1982; Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, 1987.

Nesse quadro, merece destaque a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que aglutinou e consolidou todas as propostas da denominada Reforma Sanitária com respaldo da sociedade, de técnicos, de prestadores de serviços e de administradores públicos, bem como de representantes do Legislativo. Os resultados dessa Conferência foram apresentados ao Congresso Nacional para discussão e incorporação à Constituição Federal (CF), resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

As lutas na área social, por diversas razões, foram aquelas em que os grupos democráticos mais obtiveram vitórias. Esses movimentos lutavam tanto pela democracia social quanto pela ampliação da democracia política. Procuravam garantir, por um lado, as bases de um sistema social institucional-universalista e, por outro, a criação de mecanismos de participação, complementares à tradicional base representativa parlamentar, com o objetivo de garantir institucionalmente a influência e o controle público da política social.

3 ALTERAÇÕES NO CONTEXTO MUNDIAL

A regulamentação dos princípios constitucionais não se deu sem conflitos; se por um lado havia apoio de determinados setores da sociedade para a consolidação dos dispositivos constitucionais, por outro, havia grande resistência, principalmente por parte de setores afinados com o ideário neoliberal, que naquele momento (1990) se aprofundava no país.

O contexto global do final dos anos 80 e, principalmente dos anos 90, marcam um período de mudanças significativas na sociedade capitalista. O desenvolvimento tecnológico — robótica, microeletrônica, informática, novos mecanismos de comunicação *on line* —, assim como as mudanças na organização do processo produtivo, que passa de uma orientação fordista para uma orientação flexível, provocam transformações radicais no mundo do trabalho.

Simultaneamente, as crises econômicas que se manifestavam desde os anos 70, a redução da taxa de crescimento mundial e o aumento da expectativa de vida nos países desenvolvidos põem em xeque o padrão de regulação da sociedade baseado no *welfare state*. A esses fatos aliam-se o desmoronamento das experiências de socialismo de Estado e a ofensiva liberal-conservadora, que, representada pelos governos Thatcher, Reagan e Kohl, impõe ao mundo uma hegemonia ideológica e de experiências concretas

norteadas pela liberalização do mercado como elemento central para atingir melhor regulação social; portanto, o esvaziamento do Estado e de seu papel regulador da sociedade entram na pauta de uma nova reestruturação estatal.

Todas essas mudanças ocorrem num mundo altamente interconectado, tanto no aspecto econômico quanto nas esferas social, política e cultural. Parte da população dos países periféricos apresenta padrões de consumo dos países centrais, e em uma parcela significativa destes verificam-se padrões de pobreza do chamado “Terceiro Mundo”. No aspecto político há uma pressão dos organismos internacionais e dos países hegemônicos para a adesão dos países em desenvolvimento ao chamado “Consenso de Washington” — redução da dívida pública, abertura econômica, privatização (FIORI, 1995).

As transformações ocorridas têm suscitado debates sobre a redefinição da esfera pública no mundo atual. Tais debates têm significado central, pois se inserem nas questões relativas ao papel do Estado e sua relação com a sociedade civil na deliberação e execução da política social. Como assinala Laurell (2000, p. 85):

Como podemos observar, a formulação neoliberal está dirigida basicamente contra aqueles elementos da política social que implicam ‘desmercantilização’, solidariedade social e responsabilidade coletiva (Esping-Andersen, 1990). Desta maneira, condena direitos sociais, universalismo, desvinculação ente benefícios e prestação de trabalho e administração-produção pública de serviços. Suas estratégias concretas para diminuir as funções estatais no terreno do bem-estar social são a privatização dos fundos sociais e da produção de serviços; o corte do gasto social com a eliminação de programas e redução de benefícios; a focalização do gasto, ou seja, seu direcionamento aos grupos indigentes, e a descentralização ao nível local (Taylor-Gooby, 1985).

3 DO IDEÁRIO INICIAL À INCORPORAÇÃO DO CONCEITO DE EQUIDADE

Na proposta dos organismos internacionais, a equidade em saúde é entendida como superação/eliminação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, significando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas (WHITEHEAD, 1992²).

A justificativa é a de que a observância do princípio da universalidade exige, em função do contexto de profundas desigualdades sociais no país, a equidade como

² Sua primeira formulação data de 1990, quando foi incorporado em documento apresentado à OMS.

princípio orientador da implementação da política de saúde. Sua importância também se revelaria pela incorporação da idéia de respeito à diversidade, pois permitiria um melhor atendimento (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002). O alcance da equidade, portanto, implicaria em promover uma redistribuição de bens e serviços determinantes da saúde de forma a dar conta dessas diferenças – o que significaria priorizar os menos favorecidos.

No Brasil, o conceito surge em documentos oficiais somente a partir de 1996 (mais precisamente na NOB, de 05.11.96) e na lógica dos organismos internacionais. Já na literatura produzida na área, freqüentemente ainda é empregado como sinônimo de igualdade. Porém, é cada vez mais recorrente sua utilização para justificar ações focalizadas, pressupondo-se a inevitabilidade do ideário neoliberal.

Essa polissemia pode ser justificada pelo fato de que o setor sempre trabalhou com o enfrentamento de situações específicas em função de dados epidemiológicos que, grosso modo, revelam as condições sociais da grande maioria da população; aliás, procedimento previsto no inciso VII, do Artigo 7º, da Lei Orgânica da Saúde (“utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”).

Ou seja, na área sempre houve um atendimento desigual para situações desiguais. Considerar as iniquidades (“injustiças”) em saúde como resultado das desigualdades sociais (estruturais e de acesso aos serviços) facilitaria o emprego do conceito descolado de seu contexto original.

Durante a década de 90, vários países promoveram reformas do setor saúde. O Brasil pode ser considerado um caso ímpar em relação aos outros países do continente, pois as propostas defendidas pela reforma sanitária, em sua expressão jurídico-legal, estão mais informadas pelo modelo do estado de bem estar social e por sua resistência à restrição das ações de saúde a uma “cesta mínima”.

Contudo, o entendimento da equidade como “igualdade com justiça” obnubila o sentido original preconizado pela Reforma Sanitária que assume a igualdade como valor e princípio normativo em um modelo de justiça distinto do proposto por Rawls (2000). Ademais, reduz (e até mesmo mutila) o conceito de equidade tal como formulado no conjunto da Teoria da Justiça elaborada por esse pensador³.

³ Não se pretende aqui “sintetizar” o conjunto das proposições formuladas por John Rawls ao longo de duas décadas, exatamente para não incorrer no mesmo erro. Serão apontadas algumas questões, remetendo-se o leitor ao conjunto da obra do autor. Também não se constitui em pretensão uma análise crítica da obra, mas tão somente problematizar questões gerais decorrentes da utilização do conceito nesse setor.

Uma questão fundamental em relação à utilização tão direta e pragmática do conceito de equidade no setor saúde, diz respeito ao fato de que o autor concebe sua Teoria da Justiça para uma “sociedade bem ordenada”; isto é, uma sociedade orientada a promover o bem de seus membros e, na qual, primam circunstâncias de justiça; o que implicaria que nessa sociedade não poderia existir nem uma extrema escassez e nem uma abundância excessiva de bens, bem como não deveria apresentar desigualdades significativas entre as pessoas no que se refere às suas capacidades físicas e mentais (GARGARELLA, 1999).

Nessa sociedade seriam aplicados, através das instituições sociais básicas, os princípios distributivos referentes aos bens primários de tipo social – nos quais, diga-se de passagem, a saúde não está incluída⁴. Esses pressupostos inviabilizariam a adoção do conceito de equidade no Brasil e, em especial, pelo setor saúde.

Outra incompatibilidade entre o ideário da Reforma Sanitária e a proposição de Rawls é o contexto geral dessas produções. Diferentemente da social-democracia européia – que se preocupa com uma certa igualdade de resultados, o liberalismo norte-americano (do qual o autor é um dos grandes expoentes) preocupa-se com a igualdade de oportunidades.

Comenta o autor: “Uma outra coisa que agora faria de modo diferente é distinguir com mais precisão a idéia de uma democracia da propriedade privada da idéia de estado do bem-estar social.” (RAWLS, 1997, p. XVII). Na seqüência da argumentação, Rawls marca com nitidez a diferença entre essas duas proposições.

De fato, o ideário da Reforma Sanitária em sua formulação original defendia a eliminação das desigualdades, bem como a acesso de todos os membros da sociedade aos serviços de saúde. Em Rawls, as desigualdades não somente são admitidas como vistas de forma positiva, defendendo a limitação do acesso aos bens primários aos que efetivamente contribuem para a produção coletiva. O que está em questão, portanto, é o fato de que pessoas possam ser prejudicadas, ou beneficiadas, por “circunstâncias alheias às suas próprias escolhas”.

4 CONCLUSÃO

⁴ No entanto, em função do conceito ampliado de saúde, autores de língua inglesa que discutem essa questão, divergem sobre a aplicabilidade da Teoria da Justiça à área da saúde.

A incorporação do conceito de equidade na política social brasileira se dá a partir do avanço do ideário neoliberal – e do suposto de sua inevitabilidade. No setor saúde isto se traduz através do atendimento aos desiguais como regra e não como exceção.

Ou seja, a ação voltada para grupos específicos relativamente determinados no tempo e no espaço, transforma-se em ação estratégica fundamental, não mais determinada por dados epidemiológicos, mas em função da disponibilidade de recursos individuais.

Desta forma, a focalização no setor saúde perde seu tradicional caráter de ação complementar, excepcional em relação à universalidade e passa a ocupar a posição de estratégia principal na política social. A vigorar o conceito de equidade no setor, não será possível, em longo prazo, garantir a universalidade do sistema.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. CONASS. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília: MS/CONASS, 2003.

FIORI, José Luiz. **Em busca do dissenso perdido**. Rio de Janeiro: Insight, 1995.

GARGARELLA, Roberto. **Las teorías de la justicia después de Rawls**: um breve manual de filosofia política. Barcelona: Paidós, 1999.

LAURELL, Asa Cristina. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: BARATA, Rita Barradas (org.). **Equidade e saúde**: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. UNICEF. **Declaração de Alma-Ata**. URSS, 1978.

_____. **Carta de Ottawa**. Canadá, 1986.

_____. **Declaração de Adelaide**. Austrália, 1988.

_____. **Declaração de Sundsvall**, 1991.

_____. **Declaração de Jacarta**. Indonésia, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Observatórios estaduais da reforma do sistema de saúde**: marco de referência. Brasília: OPS, 2002.

_____. **O Perfil dos sistemas de saúde – Brasil**. Brasília: OPS, 2001.

RAWLS, John. **Uma Teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

_____. **O Liberalismo político**. 2.ed. São Paulo: Ática, 2000.

WHITEHEAD, Margareth. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, n. 22, p. 429-445, 1992.