

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

MARIA DO SOCORRO QUIRINO ESCODA

**INIQUIDADE EM SAÚDE: UMA EXTENSÃO DAS DESIGUALDADES
SOCIAIS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DO BRASIL (2003-2006)**

**Natal, RN
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARIA DO SOCORRO QUIRINO ESCODA

**INIQUIDADE EM SAÚDE: UMA EXTENSÃO DAS DESIGUALDADES
SOCIAIS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DO BRASIL (2003-2006)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Sociologia, na área de Estado, Política e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. José Antonio Spinelli Lindoso

**Natal, RN
2008**

Divisão de Serviços Técnicos
Catalogação da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Escoda, Maria do Socorro Quirino.

Iniquidade em saúde: uma extensão das desigualdades sociais no sistema público de saúde do Brasil (2003-2006) / Maria do Socorro Quirino Escoda. – Natal, RN, 2008.

xiii; 180 f.

Orientador: José Antonio Spinelli Lindoso.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais.

1. Desigualdades sociais – Teses. 2. Saúde pública – Teses. 3. Políticas sociais – Teses. I. Lindoso, José Antonio Spinelli. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 364.144

MARIA DO SOCORRO QUIRINO ESCODA

**INIQUIDADE EM SAÚDE: UMA EXTENSÃO DAS DESIGUALDADES
SOCIAIS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DO BRASIL (2003-2006)**

Tese aprovada em 4/7/2008 como
requisito para obtenção do grau de Doutor no
Programa de Pós Graduação em Ciências
Sociais, da Universidade Federal do Rio Grande
do Norte, pela seguinte banca examinadora:

ORIENTADOR: Prof. Dr. JOSÉ ANTONIO SPINELLI LINDOSO
(Departamento de Ciências Sociais - PPGCS da UFRN)

Prof. Dr. GABRIEL EDUARDO VITULLO
(Departamento de Ciências Sociais - PPGCS da UFRN)

Prof. Dr. MAURICIO ROBERTO CAMPELO DE MACEDO
(Departamento de Saúde Coletiva da UFRN)

Prof. Dr. DACIER DE BARROS E SILVA
(Departamento de Comunicação Social da UFPE)

Prof. Dr. HÉSIO CORDEIRO
(Prof. Dr. do Instituto de Medicina Social e ex- Reitor da UERJ)

DEDICATÓRIAS

in memoriam:

Ao mais querido mestre da Nutrição Humana, Nelson Chaves, médico, pernambucano, professor e cientista, pela lição maior: “*das desigualdades sociais, a fome endêmica é a forma maior de violência silenciosa*”, pela iniciação acadêmica e favelas do Recife, de Ribeirão e de Sairé como bolsista da Universidade Federal de Pernambuco;

A Josué de Castro, médico, sociólogo, pernambucano, professor, cientista, político e pioneiro da Nutrição Social, pela indução à Geografia Política da Fome. O ví chorar de “*banzo*” ao ler cartinha verde amarela em 1972, em seu exílio em Paris... “*sempre penso que é sobre minha anistia*”. Morreu assim ainda naquela década;

in vitae:

Ao bem amado Enrique e queridos filhos Gustavo e Larissa;

Aos melhores colegas da área da Nutrição e da Saúde Coletiva, UFRN.

AGRADECIMENTOS

A Miriam Farias, professora primeira, a Mère du Christ da ordem da Sainte Famille, pela iniciação à instrução;

Ao NESC da UFRN, pelo apoio formal e material à esta produção;

Aos professores: Dacier de Barros e Silva, José Willington Germano e José Antonio Spinelli Lindoso pela condução nesta formação;

A Cipriano de Vasconcelos Maia e Evania Leiros de Souza pela contribuição na qualificação e normalização desta produção. Agradeço particularmente a Spinelli, pela didática paciência nesta orientação, degraus do aperfeiçoamento e questionamento da vida

... que me ha dado tanto.

RESUMO

Este trabalho teve como objeto de estudo as iniquidades no sistema público de saúde brasileiro como extensão das desigualdades sociais. Estudo teórico com base no método histórico que se utilizou do campo empírico de estudos acadêmicos, institucionais e de entidades entre 2003-2006. A equidade e efetividade em saúde são categorias analíticas imbricadas à indissociabilidade dos princípios doutrinários e organizativos do sistema único de saúde. Analisa a produção estrutural das desigualdades sociais e as caracteriza pelos determinantes sociais de peso na questão da saúde: renda, acesso à terra, segurança alimentar, saneamento básico, desigualdades epidemiológicas e na assistência. Efetua revisão sobre a produção social da saúde, formulação, finalidades das políticas sociais e inserção do princípio de equidade no projeto de saúde pública ancorada em autores que projetaram luzes sobre a correlação de processos de indução político institucionais com a equidade. Exercita uma análise de pertinência sobre a estratégia setorial de reorganização da atenção básica com a hipótese de que esta estratégia reforça as desigualdades sociais ao prestar níveis assistenciais diferenciados aos horizontalmente iguais. Os resultados apontam: tênue redução nos diferenciais de distribuição de renda com manutenção de elevados níveis de desigualdades sociais da situação alimentar e nutricional, saneamento básico e assistência à saúde em todos os níveis; a seletividade dos ajustes neoliberais se esteiam na cultura política brasileira e na reorganização da assistência de um sistema dual aumentam as distâncias intra e entre classes; configuram uma assistência iníqua intra rede; a atenção básica minimalista para pobres tem déficits elevados que se extrapolam nos níveis de média e alta complexidade. Conclui pela frágil regulação social na governabilidade setorial cuja retração faz avançar o braço do Estado pelo Judiciário; em extremas desigualdades a assistência à saúde, mesmo integral tem limites; não se revertem condições materiais de vida e de saúde com arranjos institucionais normativos; ao reverso, arranjos focalistas produzem ações que reforçam as desigualdades e ferem o princípio de equidade do sistema onde elas se inserem. Uma pátina deste tempo.

Palavras chave: Desigualdades sociais; Seletividade de políticas públicas; Iniquidades em saúde

ABSTRACT

This issue analyses the unevenness in the Brazilian system of public health care as an extension of social inequities. It is a theoretical study based in a historical method, using empirical data from academic, corporate and institutional researches, along the period 2002-2006. Equality and effectiveness in health systems are analytical basic categories that are at the root of the doctrine, principles and organization of the Unique Health System, in which sectorial actions are inserted. Discuss the structural production and determined those inequalities through some social determiners of health system: income, land, food security, nutritional situation, basic sanitation, epidemiological inequities and public management policy. Carry out a thematic review over health social production, its formulation and the goals of social policies, as well as the insertion of the equality principle in the assistance system, in the frame of the running public health regulations. It uses reflections that enlightened the correlation between the process of political-institutional actions and equity on health assistance. Analyzed the pertinency of sectorial reorganizational strategies on basic attendance, confronting the hypothesis that those strategies reinforce social inequities in health system, because it organizes differential assistance levels over not equal baselines. The results show up that social inequalities, even remaining, have had a small decrease; that the selectiveness of actual public policies and the duplication of the health system, increases the differences within and between the social classes and configures the assistance as unequal. The basic care system has great shortages that also appears in middle and complex assistance levels. As conclusion, it remarks that the health assistance system, even with its integrality has limits; structural problems on material conditions of living and health system could not be reversed only with institutional legal arrangements; by the contrary, in border conditions, these strategies produce policies that reinforce inequities, neglecting the equity principle of the system in which frame, they work. One patina of this time.

Key words: Social inequities; Selectiveness of public policies; Health inequities

RESUMÉN

Este trabajo analiza las iniquidades en el sistema de salud público brasileño como una extensión de las desigualdades sociales. Estudio teórico basado en el método histórico, datos del campo empírico de estudios académicos, institucionales y de entidades en el período 2003-2006. La igualdad y la efectividad en salud son categorías analíticas básicas ligadas indisolublemente de los principios doctrinarios y organizativos del Sistema Único de Salud, en el cuál se enmarcan las acciones sectoriales. Discute sobre la producción estructural y caracteriza esas desigualdades por los determinantes sociales considerados dependientes de la salud: renta, tierra, seguridad alimentaria, situación nutricional, saneamiento básico, desigualdades epidemiológicas y gestión de políticas públicas. Realiza una revisión temática sobre la producción social en salud, sobre su formulación y la finalidad de las políticas sociales, así como la inserción del principio de equidad en la asistencia, en el decurso del proyecto de salud pública. Se fundamenta en especialistas de esta temática, cuyas reflexiones clarifican la correlación de los procesos de inducción políticos-institucionales y la equidad, en la atención en salud. Analiza la pertinencia de la estrategia sectorial de reorganización de la atención básica, tomando como hipótesis que dicha estrategia refuerza las desigualdades sociales en salud, pues jerarquiza niveles asistenciales diferenciados sobre horizontes desiguales. Los resultados indican que, aún manteniéndose, hubo una leve reducción en las desigualdades sociales; que la característica de selectividad de las políticas públicas contemporáneas y la dualidad del sistema de salud aumentan las distancias dentro y entre clases, configurando la asistencia como desigual; la atención básica presenta grandes deficiencias que se reproducen en los niveles de asistencia de media y alta complejidad. Concluye que la asistencia en salud, aún siendo integral, tiene límites; que no se revierten las fallas estructurales de las condiciones materiales de vida y de salud con arreglos normativos institucionales; por el contrario, en situaciones de extremas desigualdades, esas estrategias producen acciones que refuerzan las desigualdades, contrariando el principio de equidad del sistema en el cual se insieren. Una pátina de este tiempo.

Palabras clave: Desigualdades sociales; Selectividad em políticas; Iniquidades en salud pública

LISTA DE ABREVIATURAS

- AB - Atenção Básica
- ACS - Agentes Comunitários de Saúde
- AIS - Ações Integradas de Saúde
- ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- ANSS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- BEMFAM - Bem Estar e Planejamento Familiar
- BM - Banco Mundial
- BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
- BPC - Benefício de Prestação Continuada
- CAPs - Caixas de Assistência, Aposentadoria e Previdência
- CDSS - Comissão de Determinantes Sociais em Saúde
- CEBRAP - Centro Brasileiro de Apoio à Agricultura e Pecuária
- CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
- CESGRANRIO - Centro de Estudos Sociais da Grande Rio
- CONASS - Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
- CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde CNAE/PME
- Comissão Nacional de Alimentação / P. de Merenda Escolar
- CNS - Conselho Nacional de Saúde
- CSS - Contribuição Social para a Saúde
- DIEESE - Departamento Intersindical de Estudos Sócio Econômicos
- DATAFOLHA - Instituto Datafolha
- DATASUS - Departamento Administrativo Técnico do SUS
- ELB - Estudos de Linha Base
- ENDEF - Estudo Nacional de Despesa Familiar
- FAO - Food and Agriculture Organization
- FAT - Fundo de Amparo ao Trabalhador
- FGTS - Fundo de Garantia do Trabalhador por Tempo de Serviço
- FGV - Fundação Getúlio Vargas
- FSESP/FUNASA - Fundação de Serviços Públicos / Nacional de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE - Instituto Brasileiro de Opinião e Pesquisas
ICV- Índice de Custo de Vida
IDH-m - Índice de Desenvolvimento Humano - Municipal
IEA - Instituto de Economia Aplicada da FGV
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social
INCRA - Instituto de Colonização e de Reforma Agraria
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPMF- CPMF- Imposto/Contribuição por Movimentação Financeira
IUH - International Union For Health Promotion
LOAS - Lei de Organização da Assistência Social
M AC - Média e Alta Complexidade
MBC - Movimento Brasileiro Competitivo
MC - Ministério das Cidades
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social
MEC- Ministério da Educação e Cultura
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MI - Mortalidade Infantil
MS - Ministério da Saúde
MST - Movimento dos Sem Terra
NESC - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRN
NOAS 01/02 - Norma Operacional de Assistência à Saúde /2001/2002
OAB - Ordem dos Advogados do Brasil
OCDE – Organização (ONU) / Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS - Organização Mundial de Saúde (WHO)
ONGS - Organizações não Governamentais
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
PAA- Programa de Assistência à Agricultura-Leite
PAB- Piso da Atenção Básica
PAC - Programa de Aceleração do Crescimento
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEA - População Economicamente Ativa

PEC 29/2002 - Projeto de Emenda Constitucional 29/2002
PBF - Programa Bolsa Família
PIAS - Programa de Interiorização de Assistência à Saúde
PINA - Programa Integrado de Nutrição e Alimentação
PNAD - Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNSN - Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
POF - Pesquisa de Orçamento Familiar
PROADES - Programa de Avaliação do Desempenho de Sistemas de Saúde
PROESF - Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF - Programa de Saúde da Família
RDH - Relatórios de Desenvolvimento Humano
SAS/MDS - Secretaria de Assistência Social do M.D.S.
SAS - Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde
SAS/RN - Secretaria de Ação Social do Governo do Rio Grande do Norte
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SIAF - Sistema de Administração Federal
SIOFE - Sistema de Informação Orçamentária Federal
SMS - Secretarias Municipais de Saúde
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCU - Tribunal de Contas da União
TJESP - Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFPEL – Universidade Federal de Pelotas
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNESCO - Organização da (ONU) para a Educação Ciência e Tecnologia
UNESP - Universidade Estadual de São Paulo
UNICAMP - Universidade de Campinas
UNICEF - Organização das Nações Unidas para a Infância
USF- Unidade de Saúde da Família
WHO - World Health Organization (OMS)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Gráfico da Chamada Nutricional, Brasil	66
Figura 2 – Quadro da Situação Nutricional, Brasil, 1974-2005.....	67
Figura 3 – Valão da favela da Rocinha, Rio de Janeiro.....	77
Figura 4 – Crianças transitam por rua com lixo e lama em favela no RJ	80
Figura 5 - XIV Congresso da Associação Internacional de Política de Saúde, X Congresso da Associação Latino Americana de Medicina Social e IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde em Salvador, Jul/07.....	116
Figura 6 – Gráfico de barras dos municípios paulistas	144
Figura 7 – Quadro de governabilidade setorial de 21 municípios Ne.....	157

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Conceitos Chaves e Teorias Explicativas.....	19
1.2 Categorias Análíticas Básicas.....	34
1.3 Justificativa e Aporte.....	36
1.4 Questões de Pesquisa e Objetivos.....	37
1.5 Apresentação.....	38
2 METODOLOGIA: OS PALMOS DESTE CHÃO.....	40
2.1 Linhas de Investigação e Tipo de Estudo.....	42
2.2 Estratégias Metodológicas.....	44
3 DESIGUALDADES SOCIAIS: UMA PÁTINA DESTE TEMPO.....	49
3.1 Desenvolvimento Humano Brasileiro.....	50
3.2 Demografia, Emprego e Renda	53
3.3 Terra, Segurança Alimentar e Situação Nutricional.....	57
3.4 Saneamento Básico e Desigualdades Epidemiológicas.....	74
3.5 Acesso à Justiça e Gestão de Políticas.....	85
4 PROJETO DE SAÚDE PÚBLICA.....	103
4.1 Corte na Antologia Temática.....	103
4.2 Marcos das Intervenções e Passos da Equidade em Saúde.....	107
4.3 Lentes sobre Iniquidades em Saúde.....	113
4.4 Dualidade e Agenda Setorial.....	123
5 PARA A CRÍTICA DOS PROCESSOS DA POLÍTICA SETORIAL.....	129
5.1 Reorganização da Atenção Básica.....	133
5.2 Conversão e Equidade na Assistência.....	136
6 CONCLUSÃO.....	160
REFERÊNCIAS	163

1 LINTRODUÇÃO

[...] Tenemos que usar la sociología con nosotros. La función del sociólogo es revelar lo que permanece oculto y apunta sin piedad contra un doble enemigo: el esteticismo filosófico y el aristocracismo social (BOURDIEU, 2003, p.1).

As discussões preliminares que se seguem objetivam familiarizar o leitor com a fundamentação teórica que ancora as análises contidas nesta produção. Com esta finalidade e em focalização ao objeto de estudo se registra inicialmente que os elevados níveis de adoecimento e de morte por causas evitáveis são sensíveis descritores da extensão das desigualdades sociais, as quais se aprofundaram nas décadas de oitenta e noventa. Historicamente, as desigualdades em saúde estão descritas na literatura médica sob o eufemismo de doenças da miséria. A rigor manifestam o socialmente injusto de cuja cronicidade no tecido social e gargalos na assistência à saúde incorporaram ao seu processo de análise a significância de iniquidades em saúde.

A década de oitenta foi considerada perdida em função da estagnação de investimentos e articulações internacionais para o desenvolvimento econômico, com a particularidade de acirramento nas condições sociais atribuídas aos resquícios das ditaduras. Particularidade da América Latina empoderada por golpes militares que se alternaram dos anos 30 até o final dos anos oitenta aliada ao impacto negativo das políticas públicas sobre as condições materiais de vida e de saúde. Impacto provocado pelo ajuste das políticas neoliberais encetadas no avanço do programa econômico da globalização, também chamado de mundialização financeira.

A negatividade deste ajuste nas condições de vida e no alargamento das distancias sociais desenhou uma horizontalização da geografia politico econômica, a ponto de se vislumbrar o desenho de um mundo plano. Um cada vez mais tenebroso “mundo novo” na engenhosidade central das desigualdades sociais, em suas dualidades regionais e na extensão em saúde. Se ocnsidera importante explicitar o entendimento dde que a natureza central na produção e extensão dessas formas de desigualdades são inerentes ao desenvolvimento capitalista. Embora as desigualdades sociais sugiram aparentes contradições do sistema econômico e de

governo, elas são funcionais à acumulação e à reprodução do capital, segundo : Doob (1983) e Gramsci (2002).

A mencionada agudização nas condições materiais de vida e o acirramento da situação de saúde na década de oitenta foi objeto de preocupação e debate na Organização Pan Americana de Saúde - OPS. Em evento promovido por esta instituição Vieira, (1990) fez aproximações entre Brasil, México, Venezuela e Argentina de então, como meros exportadores de matérias primas, de processo produtivo, de dependência ao oligopólio e de fragilidade democrática.

As proposições resultantes desse debate foram as de tornar o setor saúde meta do desenvolvimento econômico com ampliação de tecnologias simplificadas, de investimento institucional avançado em recursos humanos e materiais, de política de ocupação e remuneração de mão de obra e, de melhoria dos indicadores de saúde. Foram repactuadas metas no rebaixamento dos coeficientes de mortalidade infantil, na elevação da esperança de vida ao nascer e no controle das doenças imuno preveníveis, em Conferências e Tratados universais do setor saúde estabelecidos pós segunda guerra.

Em análise do estagio de desenvolvimento nessa conjuntura, do impacto recessivo provocado pelos ajustes liberais do programa da mundialização financeira neste Continente, Boron (1995) considerou que os ajustes no desenvolvimento desse programa econômico provocaram um verdadeiro “dilúvio neoliberal” nas condições de vida, nas políticas sociais e na sociedade civil. O impacto negativo desses ajustes se expressaram na piora dos níveis das desigualdades materiais e sociais, com a elevação de 41% para 51% no percentual de miseráveis no período.

Seguindo este roteiro analítico este autor afirmou como ponto mais negativo dessa catástrofe a elevação das dificuldades na regulação e de exercício cidadão na crise de representatividade coletiva, além do aumento das práticas e das estratégias de caráter individualistas predominantes nas relações sociais contemporâneas. Prognosticou a irreconciliação das relações de mercado com a democracia como expressão maior desse “dilúvio” que transformou a sociedade “dual” e fragmentada. Asseverou que a democracia, a esquerda e os intelectuais na América Latina têm uma dívida para com a inversão dessa dualidade e que na atual conjuntura:

[...] econômica, política e social do neoliberalismo a democracia necessita de um mínimo de justiça social para sobreviver. A sobrevivência da democracia é incompatível com os níveis de desigualdade e de exclusão sociais vivenciados pela sociedade atual provocados pela concretização do ideário neoliberal; que os golpes e as revoluções burguesas neste continente não concluíram as “tarefas pendentes” da democracia real, mas consolidaram o funcionamento da produção capitalista; uma concepção minimalista de democracia com adesão dos segmentos de esquerda latino-americanos. (BORON, 1995, p.63-118).

O crescimento das desigualdades sociais repercutiu institucionalmente no Banco Mundial (2003) com a afirmação de ser esta Região, a mais desigual do mundo e estar em cinquenta anos estacionada. Em relatório institucional sobre esta temática, esse banco categorizou o acirramento das desigualdades sob o eufemismo de “excesso de desigualdade”. Nesse relatório, o BM sugeriu a adoção de políticas de cotas para minorias, como forma de “romper o ciclo histórico da exploração e da miséria” no Brasil. Bourdieu (2003, p. 3) considera que o programa da globalização se desenvolve em um:

[...] processo multifacético de características simultâneas de criação e destruição apoiada nas inovações tecnológicas, novas condições políticas com novas estruturas a um nível subnacional modificando o discurso da política econômica, aumentando a incertidão, turbulência, desejo universal de ataduras e identidades locais.

Outra concepção programática que se transcreve como uma ilustração do pensamento liberal foi verbalizada por Jaguaribe (2006), em entrevista à Folha de São Paulo cujo teor revela um escopo da estética funcionalista do significante da ordem social como uma simples questão de gestão. Este economista considerou que o Brasil pode perder prazo no alinhamento com demais países emergentes (China, Índia e Coréia do Sul) - e erradicar a miséria:

[...] a história em seu processo estrutural tem tempos do desenvolvimento econômico, numa seqüência de prazos que alguns países aproveitam, e outros perdem. Assim como no Renascimento, com a revolução mercantil e um primeiro impulso de modernização, que os países da Europa Ocidental souberam utilizar, e que foi perdido pelos países orientais, a Revolução Industrial, a América Latina e também os países orientais não souberam se valer. A China mantém no curso dos últimos 30 anos, uma extraordinária taxa anual de crescimento econômico da ordem de 10%, o que a transferiu do rol de um dos países mais atrasados para a quinta

economia do mundo - , a Índia, com mais de um bilhão de habitantes, sustenta taxas de crescimento da ordem de 6%. O país tem importante base técnico-industrial e agropecuária e dispõe, dentre os 189 milhões de habitantes, de significativa minoria de alta capacitação suscitam que é possível erradicar a miséria, incorporar urgentemente os milhões de marginais metropolitanos a níveis aceitáveis de cidadania brasileira e retomar taxas anuais de crescimento superiores a 6%. (JAGUARIBE, 2006, p.2).

No período de 2007 a 2008, o Brasil se situa entre as dez maiores economias, a maior desta Região e se consolida emergente. Em função da estruturação de sua economia no potencial da geração e consumo de bens e commodities, significantes avanços em setores de ponta na área tecnológica de comunicações e de serviços. Com extremas desigualdades sociais pela exclusão de quase um terço de sua população prognosticam a distância luz com que sua persistência afasta o país dos mínimos essenciais de concepção de modernidade, em termos de progresso real resultante do livre mercado, nos moldes preconizados pelo neoliberalismo (LIMA / ESCODA, 1989).

O perfil dessas desigualdades que se descreve neste trabalho consiste em uma caracterização social demarcado por indicadores e índices sociais. O internacionalmente utilizado, Índice de Desenvolvimento Humano – IDH e, em nível nacional, dados demográficos seguidos de uma discussão sobre os indicadores de renda, acesso à terra, segurança alimentar, situação nutricional, saneamento básico, desigualdades epidemiológicas e assistenciais em saúde, acesso à justiça e gestão de políticas públicas.

No período 2003-2004, a renda mensal de U\$ 40,00 para 50 milhões de brasileiros segundo divulgações online da FGV. Impeditiva ao acesso de mínimos essenciais de reprodução de classe. No não atendimento ao consumo de um padrão alimentar que assegure o requerimento mínimo de 2.280 cal./dia per cápita desse contingente populacional. A renda estimada em 2006 com programas de transferência de renda mínima foi de oitenta dólares. Em termos de poder de compra considera-se insuficiente para atendimento da citada reprodução de classe.

A renda como descritor de maior pêso dentre os diferenciais entre ricos e pobres tem o estigma da sua extrema concentração comprovado mais

recentemente com a divulgação de estudo IPEA em 2008 sobre a injustiça tributária que alarga as distâncias sociais. Os mais pobres, maioria absoluta na concentração da ínfima parcela da renda nacional pagam 44,5% a mais do que a ínfima minoria dos mais ricos que detém mais de 70% de toda a riqueza. A opção na utilização deste e demais indicadores sociais foi devida a magnitude que têm no processo de produção social da saúde e descrição das condições de vida.

Estruturalmente se considera que dentre as especificidades do processo de desenvolvimento brasileiro, além da histórica concentração de renda, se destacam as dualidades em suas desigualdades regionais. Exemplificadas no aniquilamento do mínimo de estrutura econômica anterior aos anos sessenta nas Regiões norte e nordeste. O declínio econômico do Nordeste se comprova nos dados dos CENSOS de 1960 a 1980, tais como foram analisados por Oliveira (1987a,1987b). Na superioridade do crescimento do seu produto interno bruto regional, em relação ao do Sudeste. Significativamente superior ao sudeste na década de sessenta, inferior entre os anos setenta e oitenta com retorno de crescimento nos anos noventa.

Por este esboço se faz necessário explicitar a compreensão de desenvolvimento que reside na incorporação social das possibilidades geradas pelo acúmulo do progresso científico e tecnológico, em todas as áreas da atividade humana segundo os ensinamentos de Barros. Neste sentido, as desigualdades sociais residem nos diferentes níveis de concentração de renda e dos mecanismos de incentivos econômicos, nas condições de vida e de saúde, nas formas do adoecimento, do cuidado e de mortalidade para a mesma classe, em contraponto com as respectivas taxas do Sul e Sudeste. (LIMA / ESCODA,1989).

A magnitude das doenças sociais por Região se comprovam nos Censos e Estudos subsequentes do IBGE, por exemplo, na série histórica do período de 1960 a 2006 da taxa de Mortalidade Infantil - MI no Nordeste. Neste período a taxa chegou a 115 declinou para 85, 74 e 52 (crianças mortas até cinco anos, por mil nascidas vivas), para uma taxa média nacional de 32 em 2003 e 30 em 2006. Dentre os organismos internacionais de saúde, (a Organização Mundial de Saúde – OMS) definem a taxa de 20 como limiar de tolerância, a partir da qual, essa taxa é considerada elevada. Entretanto, a redução dessa taxa está matizada e por conseguinte os resultados do IDH, por refletir mais a efetividade resultante das

ações transversais das demais políticas públicas do que resultados das ações internas do setor saúde. Menos ainda, por significância de melhoria nas condições materiais de vida da população.

Nas Regiões Norte e Nordeste, os indicadores de pobreza e saúde, historicamente tiveram a prevalência em dobro e até três vezes em relação aos indicadores do Sul e do Sudeste. Nas formas de má nutrição, de etiologia socialmente determinadas em suas formas graves ou na sua forma endêmica o nanismo. Na obesidade e no diabetes alimentares, respectivamente pelo déficit (no consumo calórico por alimentos de alto valor biológico e de alto custo), ou excesso no consumo de farinaceos, açúcares produzidos por alimentos de menor custo, de baixo valor nutricional, portanto produtores de calorias vazias.

Igualmente elevadas e nas mesmas proporções na relação regional, as taxas de prevalência das doenças carências. De anemia ferropriva pelo baixo consumo de alimentos que são ricos em ferro como as carnes vermelhas ou a xeroftalmia (cegueira nutricional pela carência de vitamina A), de origem animal e de alto custo. Todas associadas em até 65% às taxas de internação, mortalidade e prevalência das doenças diarreicas e infecciosas. As taxas de mortalidade geral, a baixa esperança de vida ao nascer para as classes inferiores também se registram em dobro na mesma correlação regional e de classes.

1.1 Conceitos Chave e Teorias Explicativas

Em aproximação teórica ao objeto de estudo “iniquidades em saúde como extensão das desigualdades sociais no Estado brasileiro” se apresenta uma discussão sobre esta temática, com destaque para as categorias analíticas básicas a um perfil das desigualdades sociais e sua extensão em saúde. É consenso que as desigualdades em saúde para grandes parcelas da população são passíveis de redução em até 80% com a integralidade na assistência básica em saúde. Nível de atenção que se caracteriza como porta de entrada e de referência para os níveis da média e de alta complexidade assistenciais de um sistema de saúde, distante do

modelo hegemônico da mera atenção primária para pobres, como asseveram Starfield (2002) e Bodstein (2002).

As análises e concepções teóricas sobre a evolução do capitalismo, progresso e democracia real que se encontram neste texto se baseiam em Dobb (1983), Lênin (1980), Santos (2002) e Tourainne (2001). Hobsbawm (1995, 1996), sobre epílogo dos efeitos programáticos do “dilúvio neoliberal” corroboram o que Santos (2002) anuncia como perversidade para com os mais pobres. Dobb acenou a evolução do capitalismo em um cenário “*gris*” devido a crise da sociedade civil e de falência do Estado.

O tênue desenvolvimento econômico e o impacto negativo da mundialização nas políticas sociais regressivas são incompatíveis com a concepção de democracia e progresso reais que em Lênin consiste na participação da produção e de bens gerados pelo progresso científico e tecnológico, por grandes parcelas da população. As distâncias sociais, de tão extremas, Tourainne (2001) as nomeia de “brechas sociais” e Bourdieu (2003) acrescenta que essas distâncias significam que “*los pobres ya no son haraganes, sino incultos*”.

O impacto de negatividade maior esse “dilúvio” se deu sobre os mais pobres, no recrudescimento das desigualdades e a irreconciliação das relações de mercado com a democracia conformam o cenário anunciado por Hobsbawm (1995) no “adeus a tudo aquilo” preconizado pelo *Welfare State* que chega à “era dos extremos”. Nesta breve discussão sobre a evolução programática neoliberal a natureza de transitoriedade e do papel do Estado como ente intermediário da “governabilidade programática”, se destaca a baixa capacidade de mediação dos interesses conflitantes de classe.

Dos limites do poder político em função da sua autonomia relativa, de regulação institucional e social movidas pela sociedade civil e, na não identidade de classe que moldam a relação autonomia x heteronomia. Assim como o conceito de democracia restrito à mera expressão eleitoral e participativa em algumas instâncias que limita o que ela é e o que não é mas, que se expressa na relação dicotômica de governantes e governados.

Os aportes explicativos da acumulação histórica sobre as concepções originais sobre a formação, papel do Estado e intervenções se fundamentam cronológica e respectivamente, segundo o corte antológico aqui utilizado com Maquiavel (1996), Rousseau (2005), Gruppi (1986), Offe (1984), Poulantzas (1977), Bobbio (1982), Gramsci (2002), Lukács (2003), Chesnais (1998) e com Spinelli e Lyra (2007). Rousseau (2005) em sua obra sobre direitos políticos “O contrato social” propôs elementos de um Estado utópico e foi louvado por Robespierre.

O primeiro considerou que as formulações originárias do Estado começaram com Nicolau Maquiavel em 1513, ao elaborar estratégias de governabilidade em “O Príncipe”. Elemento abstrato de uma estrutura feudal concernente ao regime absolutista, já o fez com projeção e lastro em leis específicas da política: “Como minha finalidade é a de escrever coisa útil para quem entender, julguei mais conveniente acompanhar a realidade efetiva do que a imaginação sobre esta”. (MAQUIAVEL, 1980, p.10). Assim projetou uma primeira luz sobre o delineamento empírico da trilha expressionista, antes percorrida por Leonardo da Vinci para quem a manifestação sobre a percepção das coisas, da realidade política e social devem se expressar de fato, como elas se apresentam.

A concepção de Estado moderno tomou impulso com Rousseau quando em 1762, ao estabelecer limites ao governante e espaço participativo do povo _ até então considerado massa informe _ na gestão da coisa pública como corolário de superação das mazelas dos sistemas políticos. Postulou que tal superação carecia de reformulação do Estado com nova estética da organização social, da religião, da liberdade e do poder. Premissas de governabilidade que, mesmo imprecisas se constituíram na mola da dinâmica democrática e na concepção de que seu propositor elaborou sobre um Estado utópico.

Não obstante, a evolução da sua concepção contemporânea se deu no enfoque dialético de Gramsci em 1925, ao dispor sobre um Estado ético, com a direção moral e intelectual induzida pela sociedade civil. Produto da mediação entre a estrutura e o momento negativo da superestrutura e da superação de conflitos de interesses, inclusive, com a superação da sociedade política. Ainda sobre a natureza interveniente do Estado em momento negativo ou de definição de hegemonia, no entendimento de Gramsci descrito in: Coutinho (2002) esse autor

revela que, nesta questão se distancia de Marx (1985) que concebeu o Estado como um ente abstrato que se materializa em momentos dessa definição.

O estágio atual de evolução das forças produtivas e da sociedade civil delinea a natureza de sua concepção moderna que melhor se ancora na concepção de Poulantzas (1977) cuja tese central sobre o Estado consiste em fator de coesão de uma unidade de formação social em uma correlação de forças de âmbito nacional. Com esta tese o autor se acerca das elaborações de Althusser, Zorf, (apud. Marcuse, 1978) nas postulações sobre a existência de um estado capitalista, anterior à separação do produtor dos meios de produção, nas diversas etapas de transição. Seja nas relações de propriedade ou de apropriação real do excedente que gere acumulação e transformação da cadeia de reprodução cíclica do capital.

A autonomia relativa do Estado, à qual se refere Poulantzas (1977), não deve ser confundida com a ocorrência de intervenções de momentos conjunturais na formulação e legislação das políticas públicas e, na intermediação dos citados interesses conflitantes. A indução da produção capitalista às desigualdades sociais, os limites do estado na intermediação dos conflitos atuais da sociedade, no que se refere ao alcance de igualdade / equidade, ambas, inspirações utópicas na formulação de Rousseau.

A mediação de interesses desses conflitos pelo Estado é impulsionada, pelas classes sociais, segundo a categorização de Marx (1985). Na relação dos indivíduos com os meios de produção local e estrutural de estratificação social de classe ou, da relação social de apropriadores e produtores. Gramsci (1977) amplia a concepção de Estado e essa corelação pelo âmbito da sociedade civil entretanto, o estágio atual de evolução das forças produtivas remetem à uma síntese das teorias atuais sobre esta categoria social. Na autoria de Bensaid (1999, p.73) esta categoria guarda relação com a dinâmica dos conflitos e dos processos sociais: “nas relações indiretas de comparação entre pessoas diferentemente situadas numa hierarquia estrutural [...] que se deve focar na relação social em sua dinâmica dos conflitos que explicam os processos históricos e sociais”.

Sobre a dinâmica dos conflitos e dos processos de produção social da saúde e da doença, em uníssono com essas fundamentações teóricas, Callinicos

(2000) adjunta que o crescimento da pobreza e da desigualdade, tanto em escala global como nacional, se expressam nas taxas negativas de renda e de enfermidades durante as chamadas décadas perdidas. Este crescimento demarca os limites da qualidade da atenção, no impacto da situação de saúde em geral e acrescenta que mesmo com elevação do aporte de financiamento das políticas de saúde em países desenvolvidos, não existem diferenças na qualidade desta forma de atenção: “a resposta a esse paradoxo consiste em reconhecer que o valor de nossa renda relativa a outros é mais significativo para nossa saúde que nosso padrão de vida medido em termos absolutos”. CALLINICOS (2000, p.28).

O epílogo que descreve este mesmo autor sobre a evolução das sociedades economicamente desiguais é o de que, elas tendem a empobrecer-se, em três aspectos: “significativas diferenças de status, grandes diferenças com relação ao sentido de controle sobre a própria vida e, nos baixos níveis de participação da sociedade civil”. Para Callinicos (2000), a renda é mais importante quando se agregam outros aportes na significancia à saúde do que, o padrão de vida medido em termos absolutos. Em simulação dialógica de Starfield com esse autor , no que se refere ao fio condutor de igualdade e equidade em saúde é a de que, ao se alcançar determinado padrão de vida a gente é mais saudável quando efetivamente “[...] se considera valorizada e respeitada por outros; sente controle sobre seu trabalho e moradia e usufrui de uma densa e extensa rede de contactos ou vínculos sociais”. (CALLINICOS , 2000, p. 32).

Definição de política de saúde formulada por Luz (1982) consiste em conceber essa política como includente a todas as estratégias programáticas do leque de práticas da intervenção que o Estado utiliza para contornar a questão da saúde. Definição que se extrapola a qualquer política pública que se materializa no discurso escrito, falado, na ausência de planos / programas específicos da não intervenção explícita. Um histórico da formulação e de análise das políticas públicas sobre as questões sociais na América Latina remetem às aproximações de Parodi (1978), na conjuntura dos anos sessenta do século vinte.

Parodi avaliou que as finalidades dessas políticas consistiam na reprodução e acumulação capitalista. Para legitimidade do poder, garantia do regime político através da reprodução da força de trabalho, das relações de propriedade e da

condução de classe. Esta avaliação não comporta a realidade contemporânea do Estado, no seu papel de mediação dos conflitos sociais que ocorrem em momentos de definição e construção de hegemonia. Em ações verticais e fragmentadas, com privilegiamento das questões econômicas, em detrimento de intervenção global sobre o social por exemplo, nos processos que envolvem a produção saúde e doença subordinados à política econômica.

Retoma-se as avaliações sobre as intervenções sociais ocorridas até os anos oitenta com Salama (1980) para quem tais intervenções são movidas pela luta de classes. Faleiros (1991) por seu turno afirma serem cada vez mais frequentes essas intervenções, em função das crescentes necessidades sociais. O que estes autores consensuaram foi que quaisquer que sejam as vias de intervenção das políticas públicas, elas têm como meta a garantia da acumulação capitalista. Este discurso não dá conta de aproximações à realidade atual das intervenções nas questões sociais que, a cada conjuntura engendra novas formulações, estratégias e processos de gestão que se distinguem e se especificam à realidade intervinda.

Nesta distinção se referencia de Offe (1994) que as intervenções ocorrem através de ações que traduzem o caráter de seletividade estrutural do Estado e as contradições constitutivas de sua ação. Em consonância com Luz (1982), essas atuações se complementam no sentido de que o curso das intervenções ocorrem: em fluxo contínuo de ações e omissões; decisões e ausências de decisões; discursos e silêncios que fazem arbitrar os conflitos. Para elucidação, se aporta estudo de caso realizado por Andrade (1997) que enfocou a relação existente entre a formulação dessas políticas com a participação e o jogo de atores sociais.

O estudo de Andrade se referiu a uma política urbana, em um contexto de transição democrática e identificou as especificidades culturais, em dois espaços na mesma conjuntura. Em análise, a citada autora se apoiou nas concepções de Navarro (apud TEIXEIRA, 1998, p.18-19) às quais aqui se remete, por conceber que melhor se adequam à natureza de Estado e políticas públicas contemporâneas:

[...] não há uma única explicação para a formulação e finalidades das políticas públicas. Elas se explicam pela combinação, natureza e o número destas combinações, nas origens históricas de cada fator, da forma política e de sua função social específicas, que não há um corte dicotômico claro entre as necessidades sociais do

capital e as demandas sociais do trabalho e mais, que qualquer política pode servir a ambas.

Neste arcabouço compreensivo de Estado, políticas públicas / de saúde, se agrega outro conceito chave. O da transversalidade das ações oriunda da convergência das demais políticas públicas externas ao setor saúde que produzem a sinergia de efetividade e impacto positivo. A exemplo, as ações de saneamento básico, em Heller (2002) consistem no monitoramento do ciclo completo da água: dos mananciais à rede formal de distribuição e de seu esgotamento. Em análise, as práticas da atenção à saúde devem guardar relação com os princípios do sistema público de saúde no qual se insere.

Com estas premissas se objetiva que a efetividade nessa assistência deve ser analisada entrelaçadamente pela universalidade, integralidade e equidade por se constituírem em princípios doutrinários dispostos na Lei (8080) que regulamenta o Sistema Único de Saúde – SUS no qual se inserem. Os limites da assistência residem no grau de dificuldade de intervenções estruturais e culturais que revertam a questão sanitária. Segundo a concepção de sua complexidade contida em Morin (2001), a totalidade da questão sanitária da população de perfil epidemiológico conjugado por doenças consideradas do atraso e do desenvolvimento¹. De involução processual e inerente ao desempenho de políticas públicas estruturantes alavancadas pela sociedade civil.

A elucidação desse processo tem na teoria de determinação social o aporte explicativo de melhor aproximação à totalidade do processo saúde doença. Esta teoria se esboça nos anos trinta do século XX com a extensão do campo de produção empírica de doenças, até então atribuíveis ao ambiente dos trópicos: Chagas, Leishmaniose, Malária e formas de má nutrição que incidem, em elevadas taxas de morbimortalidade sobre as classes sociais inferiores. Os estudos sobre as adversidades nas relações do processo saúde e trabalho realizados por Marx

¹ As doenças do **atraso** e endêmicas no Brasil são: chagas; cólera; dengue; malária; tuberculose; nanismo e carências nutricionais. A elevação de casos novos e antigos, as tornam epidêmicas (ALMEIDA FILHO, 1999). Doenças não reversíveis às ações internas do setor que manifestam biologicamente o injusto e cronicado no tecido social: “contam os que morrem de peste e de boubá, mas, não contam os que morrem de fome.” (GOULART apud Lima / Escoda, 1988, p. 32). Das doenças da modernidade as de maior prevalência são: as cardíaco e cérebro-vasculares; câncer; diabetes; dislipidemias; obesidade e Parkinson. (ESCODA, 2002).

(1985), nos anos oitenta do século dezenove na Inglaterra já revelaram a degradação nas condições de vida e de saúde de trabalhadores. Expulsos do campo pelo avanço econômico e pela crescente mecanização encetada pela Revolução Industrial. (KAUTSKY, 1972).

As demais teorias, a primitiva e cognominada (miasmática devido ao seu cunho esotérico fundamentalista) por atribuir as mazelas do corpo e da mente aos miasmas, à geração espontânea, aos merecidos castigos desta e de outras encarnações ou de outrem e à ignorância. A segunda, a da multicausalidade é hegemônica e representa o modal mais expressionista do positivismo. Segundo esta teoria, as desigualdades sociais são denominadas eufemisticamente de “problemas sociais”. A fome endêmica na literatura médica francesa e inglesa está designada como “malnutrition”. No vernáculo, “subnutrição” ou “desnutrição”².

Uma definição sobre desigualdades sociais e sua extensão em saúde que se expõe é a de que elas são produto das condições materiais de vida, pelos desníveis de acesso aos bens essenciais a maior para uma extrema minoria e, o não ou mau-acesso para grandes parcelas da população. Não hierarquizáveis por sua inerência à condição humana e à cidadania, às quais não cabe escalonamento senão dos valores daqueles que são socialmente desiguais. A hierarquização de prioridades nas questões sociais da população brasileira é o emprego, segurança, saúde, moradia e educação. Segundo os dados de pesquisa de opinião do Instituto Datafolha. (PESQUISA, 2006).

Inerentes ao sistema capitalista, as desigualdades sociais são estruturalmente produzidas em nível central do sistema. Guardam especificidades em cada processo de desenvolvimento; são duais e funcionais à produção capitalista em suas causas e efeitos na escultura da formação social. Se expressam em grande escala nas franjas do sistema, em bolsões de miséria (guetos de regiões

² Define-se desnutrição como a manifestação clínica e biológica da fome endêmica a qual se explica no não acesso aos mínimos essenciais de alimentação adequada devido aos baixos níveis de remuneração que correm por baixo dos níveis de reprodução de classe. Na lógica multi-causal a “manifestação das doenças se dá por fatores ou condicionantes como a pobreza, ignorância, raça, má-higiene e outros maus hábitos culturais”. Este elenco de fatores tem igual peso na produção das doenças e níveis de competência pública e individual. Portanto, se responsabiliza a mãe pela “desnutrição e as doenças diarreicas” do seu filho e da família por, não querer nem saber amamentar, alimentar e higienizar.

e de países centrais ou periféricos), periferia de cidades e metrópoles, em “brechas sociais”. (TOURAINNE, 2001).

Sua distribuição geográfica reside num cartograma que estampa os países centrais para uma absoluta minoria de suas parcelas populacionais, segundo a classe / nuance da cor e a origem de migração. O cunho dessas desigualdades no tecido social brasileiro remonta ao escravismo, de nítido estigma racial para com os pobres trabalhadores: negros e índios, nordestinos e favelados os quais percorreram a trajetória de “vadios” na virada do século XIX para a de “excluídos” na passagem para o XX. (GERMANO, 2002). A forma de exclusão se refere à privação social de bens essenciais gerados pelo desenvolvimento em termos de emprego, renda, educação, habitação, justiça, alimentação, saneamento, e saúde cuja significância na sociedade brasileira é de um terço de sua população. (POCHMAN, 2005).

Se acrescenta à compreensão da produção capitalista que seu lastro reside na infinita capacidade de reprodução cíclica do capital que se enreda em uma teia de plasticidade de grande diversidade e habilidade estratégicas à sua reprodução e à crescente acumulação. O recrudescimento nas condições de vida - conseqüentemente nas desigualdades sociais evoluíram par e passo, às reformas econômicas ocorridas pós década de oitenta do século XX, com o avanço do não intervencionismo estatal e do programa da globalização. Um dos ícones do neoliberalismo americano e “prêmio nobel” de economia Stiglitz (2002, p.9) define globalização como:

[...] the closer integration of the countries and peoples of the world which has been brought about the enormous reduction of costs of transportation and communication, and the breaking down of artificial barriers to the flows of goods, services, capital, knowledge, and to a lesser extent people across borders.

O entendimento que se expressa sobre a natureza desse programa é condizente com o que os franceses nominam de mundialização financeira: Bourdieu (2003), Tourainne (2001) e Chesnais (1998) entendem que a nomenclatura de um mundo globalizado não corresponde à uma planície da extensão universal da proteção social. Para estes autores, a realidade programática dessa

mundialização financeira se revela numa mundialização que se caracteriza com o fim da territorialização, longínqua e virtual às dimensões geográficas. Um mundo transacional basicamente financeiro que reflete uma internacionalização econômica em segundo nível cujo processo demarca a negação do postulado liberal de Estado providência, o *Welfare State* ou Bem Estar Social. O qual:

[...] só aumenta os graus de desigualdades, enquanto que a Europa perde tempo discutindo globalização, o capital ganha terreno nos últimos 20 anos, os trabalhadores perdem, os sindicatos desaparecem ou sofrem a perda de influência para negociar as reivindicações sociais. (TOURAINNE, 2001, p.1).

O liberalismo entretanto está em curso desde Adam Smith. Hoje apenas hegemonizado que se define como um programa político ideológico da política econômica internacional, cujos pressupostos são a desregulamentação da economia e do trabalho para sua flexibilização, a mundialização financeira e a privatização. Analistas institucionais da ONU em 2006, em obra intitulada um mundo plano, grandes disparidades, em unísono com Boron (1995) consideram que a globalização como motor do crescimento econômico e do desenvolvimento “[...] não reduziu as desigualdades e a pobreza nas últimas décadas cuja redução não está separada de questões como a falta de emprego”. O lançamento dessa obra coincidiu com a 45ª sessão da Comissão sobre Desenvolvimento Social que revisa os objetivos da cúpula mundial de 1995 em Copenhague, cuja diretiz foi “recuperar e situar como uma prioridade na agenda internacional o vínculo existente entre estes indicadores”.

Análise BM 2006 expõe que a saga de centrar atividades na redução da pobreza via crescimento econômico conduz a estratégias nacionais e regionais que não respeitam o meio ambiente, outro determinante da desigualdade. Inclui que a distribuição de renda individual melhorou, devido ao crescimento econômico na China e na Índia, que os índices de pobreza pioraram e que a repartição da riqueza mundial se mantém inalterada entre 1980 e 2000:

A desigualdade na renda per capita aumentou em vários países, segundo análises Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico – OCDE (2006) durante essas duas décadas, a desregulação dos mercados tem como resultado uma maior concentração do poder econômico, que a desigualdade econômica aumentou nos países do Oriente Médio, Norte da África e na maioria dos outros países em desenvolvimento. A globalização - liberalização não ajuda na redução da pobreza nem da desigualdade

na grande maioria de países da África. Só uma pequena porção do crescimento da economia mundial contribuiu na redução da pobreza. Houve uma tremenda liberalização financeira e se pensava que o fluxo de capital iria dos países ricos aos pobres, mas ocorreu o contrário. (BANCO MUNDIAL, 2006, p. 6).

A equidade no vernáculo tem o significado de reconhecimento de igualdade no direito de cada um e num sentimento de justiça, portanto, avesso a um critério de tratamento rigoroso na forma estritamente legal. A avaliação de equidade, enquanto princípio doutrinário da política de saúde que se diferencia do fulcro neoliberal ou revolucionário de sua categoria matriz a igualdade, tal como preconizada pela Revolução Francesa, na narrativa de Hobsbawm (1995).

Em retomada de abordagem sobre desigualdades sociais em saúde com Townsend e Davidson (1982), Breilh (1998), Barata (1997), Teixeira (1994, 1998), Ribeiro (2005), Starfield (2002), Travassos (1997), Cohn e Elias (2002), Cohn (2005, 2006), Carvalho (2004). Médico, Townsend, após Marx foi o médico pioneiro em correlacionar os processos sociais e discutir a determinação social das desigualdades em saúde, entre grupos sociais na Grã-Bretanha. Em seu relatório de título *Inequalities in Health*, por seu teor foi publicizado como *Black Report* ao evidenciar a “negra” situação das condições de vida e de saúde daquela população.

Estes autores correlacionam determinantes e indutores na redução de desigualdades e dualidades com a equidade em saúde. Barata (1999) descreve que a discussão dos processos sociais correlacionados com a saúde se afasta da dicotomização de pobreza, ignorância, a partir dos anos 30 do século vinte. Aqui se registra que, a discussão desse processo rompe o paradigma circunscrito em explicações de cunho esotérico fundamentalistas versus doença embasado na teoria miasmática ou da multicausalidade.

Aqui se explicita o entendimento sobre desigualdade em saúde não consiste em injustiça que possa ser estadiada. Embora socialmente determinada não deve ser enxergada sob a ética da moral e sim da sua evolução nos passos históricos. Essa forma de desigualdade, presente em um estágio de desenvolvimento social onde as desigualdades no adoecimento e na assistência em saúde se processam de forma injusta, na ótica desta autora deve ser analisada como iniquidades. Nas

suas expressões quantificáveis de injustiça social dos diferentes níveis de adoecimento e de morte, não apenas por sua regulamentação (BRASIL, 1990a).

A regulamentação estabelece a saúde no sistema público brasileiro como direito objetivo e universal para qualquer nível da assistência, de maneira integral e no nível de complexidade que exija cada situação epidemiológica. Portanto, mais que a disposição jurídica os princípios do SUS brasileiro são categorias analíticas básicas da atenção. Uma análise de real efetividade de estratégias da política setorial deve focar tal indissociabilidade e ultrapassar os limites da visão meramente legalista na qual o oposto da equanimidade na assistência à saúde é extremamente injusto e conseqüentemente, iníquo.

No vernáculo, Ferreira (1986) define equidade no reconhecimento igual do direito de cada um, num sentimento de justiça avesso a um critério de tratamento rigoroso na forma estritamente legal. A lógica da legislação sanitária consiste na igualdade, retidão e equanimidade do cidadão que, perante a sua condição de vida e independentemente de sua contribuição previdenciária ou nível de renda deve ter acesso às ações integrais de saúde. Neste trabalho, o enfoque maior é para com as iniquidades em saúde, com suporte no conceito chave de Starfield (2001, p.12) para quem, a equidade em saúde consiste na :

[...] ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do status de saúde nos grupos ou sub-grupos populacionais definidos socialmente. Equidade nos serviços de saúde implica em que não existam diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (equidade horizontal) ou que, os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (equidade vertical).

Como ponte da questão focada com os processos em saúde no Brasil, se antecipa o que no capítulo três é melhor descrito. O processo de reformas sanitárias no âmbito internacional, a Inglaterra, Itália e Canadá foram os países precursores nas reformas sanitárias no início da segunda metade do século vinte, como se lê na descrição de Berlinguer, Teixeira e Campos (1988).

Em tese sobre as especificidades conjunturais do pensamento e do impacto das políticas liberais sobre a saúde, formulação, administração e atores sociais realizada por Rocha (1997) estão sinalados os marcos da estabilização econômica

sobre as políticas compensatorias, da desestabilização social e da seletividade dessas políticas. Este autor também se utilizou da globalização como conceito síntese ao avaliar sua repercussão nas formulações da política de saúde e a dissociação entre mobilidade planetária dos capitais e a natureza doméstica das políticas voltadas para atender as populações nacionais. Em epílogo convergiu com os autores referenciados quanto à subordinação da política de saúde às políticas de estabilização e ajuste macro econômico, segundo a lógica neoliberal dominantes no plano externo e interno.

Sobre esta subordinação Spinelli e Lyra (2007), em reflexão sobre a concepção Gramsciana em momentos de definição de hegemonia - concebido por Marx e Lênin - analisam as imbricações contidas nesses momentos. A arbitragem de conflitos que presidem essas definições em intervenções do Estado e as características das políticas públicas neoliberais com fulcro nos autores utilizados acrescenta-se as elaborações de Fiori (2001), Offe (1984), Poulantzas (1977), Sousa Santos (2002) e Touraine (2001). Estes igualmente referem que a mundialização financeira tem reduzido a capacidade dos Estados nacionais na condução de políticas econômicas com chances de reversão das desigualdades.

Desse elenco de autores, se transcreve a sistematização de Spinelli e Lyra (2007, p. 110) enuncia que a

[...] mobilidade do capital propiciada pelas políticas de liberalização dá a liberdade de escolher “quais os países e camadas sociais que têm interesse para ele”. Esses “critérios de seletividade” conduzem à desconexão forçada de regiões inteiras dentro de países e até de continentes (África) com “retrocesso econômico, político, social e humano [...] redesenhando a geopolítica mundial.

O colapso provocado por este redesenho e seus ajustes se manifestou no agravamento das condições de saúde durante a década de oitenta. No Brasil, se acirraram com a duplicidade desordenada do setor da saúde pública. Estas condições, aliadas à complexificação do quadro sanitário e à insatisfação social produziram o ambiente político institucional para o que se convencionou chamar de reforma sanitária. No plano legal, se materializou com o SUS concebido como avanço social. Menos como fruto da decisão política e mais como reflexo da

desordenação do sistema impulsionado pelos movimentos sociais organizados e no interior dos meios acadêmicos.

O SUS se rege, além dos princípios doutrinários, por princípios organizativos de resolutividade, regionalização, hierarquização, descentralização, complementaridade e o controle social. Um arcabouço jurídico que não guarda relação com o nível de desempenho de sua implementação cuja lentidão está frequentemente justificada pela característica de processos sociais subordinados ao ajuste macro e às políticas neoliberais. Dentre as análises que adotam essa abordagem sobre eficiência e a efetividade do SUS, se destacam as de Mendes (1996) e da World Health Organization - WHO, doravante nominada Organização Mundial de Saúde - OMS (2000) as quais explicam limites da implementação desse sistema quanto ao não cumprimento dos seus princípios.

Mendes (1996a) avaliou que as dificuldades desse cumprimento são naturais aos processos sociais de natureza culturais, políticos e tecnológicos. Portanto, em compasso de construção com avanços inequívocos de eficiência do SUS, tais como: o controle das doenças mentais, das doenças imuno - preveníveis, de algumas endemias, a auto-suficiência em imunobiológicos, além de uma maior cobertura de serviços e de assistência à maternidade e a infância. A OMS (2000) em seu relatório pontuou a eficiência na integralidade e na equidade da assistência médica no Brasil 125º lugar desse ranking, enquanto a equidade conferida aos níveis de tratamento médico considerados mais complexos dessa assistência. O sistema de saúde francês e o italiano foram avaliados respectivamente como o mais eficiente e o mais equânime, seguidos do sistema japonês e do norueguês.

As contestações do Ministério da Saúde aos resultados desse relatório foram veementes no sentido de refutar o método de avaliação utilizado. É praxe política a desqualificação de estudos que trazem à luz as reais condições de vida da população. A avaliação institucional não se focou na racionalidade de gestão e sim numa fotografia de sistemas avaliados pelo mesmo método, em distintos países sobre os resultados e satisfação de usuários sobre as formas e resolutividade dessa assistência. Nessa avaliação, o Brasil ficou em má colocação no quesito de equidade em saúde com a 113ª posição. A pesquisa OMS e FIOCRUZ (2003), a auto-avaliação do estado de saúde da população resultou em 25% de gravidade.

Quanto à indução política ao modelo assistencial à saúde através do financiamento, frequentemente correlacionado por estudiosos como uma dimensão indutora dessa assistência, a sua efetividade é de difusa avaliação. Neste caso, em 1994 o setor teve estimado, 13% do PIB. Chegou a 5% e caiu para 4% e 3%. A escladada do déficit orçamentário ocorreu par e passo com a elevação da demanda dos assistidos entre a década de oitenta e noventa. O percentual de 5% foi atingido com a cobrança da Contribuição Provisória por Movimentação Financeira - CPMF.

Este tributo que surgiu em 1994 como Imposto Provisório Por Movimentação Financeira – IPMF, fonte adicional de recursos para o setor saúde. Pela arrecadação inicial foi estimada uma receita de R\$ 4,8 bilhões para 1995, ano de sua tramitação cuja aprovação ocorreu em 1996, com o Projeto de Emenda Constitucional - PEC de n.256, com vigor de 1997 foi prorrogado sucessivamente até dez 2007. Os investimentos no setor caíram em progressão geométrica, em paralelo ao aumento da demanda com a universalidade da assistência, pós 1985 com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS.

Esse déficit no investimento se deu em paralelo aos assistidos sem a contribuição previdenciária exigida no modelo privatista anterior acrescida da complexificação da situação epidemiológica da população. A CPMF foi aprovada com destino exclusivo para a assistência à saúde, sua alocação jamais ultrapassou os 40% de sua arrecadação com a regressão na alocação de custeio da saúde que, em 2003 foi de R\$ 0,36 per cápita, e R\$ 1,40 em 2008. Existem estimativas de que o necessário seria U\$ 3,00.

Entretanto, a assistência à saúde expandida com a universalização de camadas sociais cuja longevidade e condições de vida levaram a um perfil epidemiológico combinado e os processos da assistência se tornaram cada vez mais cara. A este grau de dificuldades na implementação do sistema destaca-se a grande demanda reprimida pela baixa oferta de serviços que explicam o descumprimento da integralidade e equidade em todos os níveis da assistência.

Dentre as dificuldades do SUS brasileiro estão o incipiente controle/regulação social exercido nas instâncias administrativas deste sistema nos Conselhos e nas Conferências de Saúde. Incipiência assinalada por vários autores

dentre os quais Vilar (1997) e Hetzel de Macedo (2003, p.2). Esta autora, em concordância com o que dissertou a primeira pontuou que:

... A instabilidade dos gestores, a excessiva burocratização na liberação dos recursos, permitem colocar em questionamento as concepções simplistas dos reformistas de esperar que as mudanças do sistema seriam uma consequência natural da democratização da gestão e que esta democratização era sinônimo da participação.

Não é de ordem impressionista o entendimento de que o ranço patrimonialista da cultura política brasileira contribui e são faces da dualidade do frágil exercício de cidadania. Ambas negatividades repercutem negativamente em todas as questões públicas e revela o quanto e como a população se aproxima do controle das políticas públicas e do acesso à justiça. Em ítem específico deste trabalho, se apresenta um arcabouço de governabilidade setorial que comprova a incipiência da regulação social exercida no interior do sistema de saúde que tem esta dimensão como princípio organizativo, também legislado. A retração social em sua incipiência possibilita o avanço de braço do Estado via regulação institucional do poder judiciário. O grande regulador do SUS contemporâneo.

1.2 Categorias Analíticas Básicas

As categorias analíticas básicas utilizadas são: a desigualdade social, a equidade e efetividade em saúde fundamentadas na introdução. A fundamentação e caracterização das desigualdades sociais e em saúde se encontra têm o corte do que se entende de maior peso no processo de determinação social dessas desigualdades. Neste sentido, a renda, o acesso a terra, saneamento, alimentação e à atenção básica de saúde. No capítulo cinco de provas, se encontram dados do campo empírico e da meta análise, oriundos da pesquisa nacional MS / BM de título ELB 2005- 2006 das Regiões Sul, Se, No e Ne. em 8 lotes : (Ne 1 e 2; No 1 e 2; Se 1 e 2; Sul 1 e Ce 1 e 2). Os dados obtidos da base empírica desses estudos se referem ao desempenho programático das ações em termos de cobertura, governabilidade setorial, resolubilidade da agenda sanitária de usuários do sistema. O constructo analítico dessa forma de governabilidade pressupõe o controle/regulação social como potencial maior na indução de efetividade setorial

dessa política em nível local foi de elaboração desta autora e de produção coletiva pelos pesquisadores executivos. Estudos e análises produzidos localmente têm resultados que corroboram os achados e análises desse estudo pontual.

As discussões sobre o financiamento tiveram como base textos didáticos e estudos pontuais sobre a sua composição e processo. Das análises destes estudos se apreende que, formulação e indução dessa dimensão da política ao modelo assistencial à saúde está matizada. Nos distintos processos que tornam esta dimensão em uma categoria analítica de confusão na comprovação de efetividade na assistência prestada pelo setor da saúde pública.

Neste prisma, as análises de financiamento das ações e governabilidade indicam que as ações setoriais têm limites na construção do modelo assistencial. As agudezas das desigualdades sociais, das formas de gestão da saúde pública e na incipiência da regulação social e institucional impõem limites na qualidade da assistência em saúde Callinicos (2000) ensina que quando as adversidades nas distancias sociais são extremadas e faltam ações da dimensão educacional, instrucional em saúde é de difícil visibilidade o impacto das formas e do volume de financiamento na qualidade da assistência.

A efetividade em saúde para a qual se dirige o foco desta análise consiste no entendimento de resolutividade das questões objetivas de saúde dos usuários. Embora geradas nas condições de vida exteriormente ao setor saúde, a efetividade com equidade tem de se manifestar na satisfação da agenda sanitária da população a qual se destina. O pressuposto avaliativo sobre as iniquidades no interior do setor saúde é o de que elas são uma extensão das desigualdades socialmente produzidas em nível estrutural.

Outrosim é que as ações da política de saúde têm o ranço da focalização e da seletividade. Mesmo aproximadas da integralidade têm limite na reversibilidade das questões de saúde coletiva pôsto que são socialmente determinadas. Sobremaneira em situações de extremas desigualdades sociais. Mais ainda com a mencionada incipiência de regulação social.

Em discussão preliminar, os resultados que se expõe são auto explicativos; respondem às questões de pesquisa e respaldam as conclusões. Revelam que a indução político institucional na reorganização da assistência de saúde pública se configura em reforço das desigualdades sociais. Por exemplo, ao ofertar uma cobertura de ações programáticas com mais integralidade e maior resolutividade para apenas 22% da população alvo. Os déficits na cobertura e na oferta contrariam a indisociabilidade dos princípios de universalidade com equidade e integralidade dessa assistência que se evidencia iníqua.

1.3 Justificativa e Aporte

A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (2001, online), em seu Boletim de março, transcreve recomendações da oficina de trabalho: Reforma do Fomento e do Financiamento à Pesquisa em Saúde no Brasil, dentre as quais, “um projeto nacional de pesquisa em saúde deve fundar-se em alguns princípios gerais, tais como a prioridade aos projetos capazes de aumentar o grau de equidade do sistema de saúde”.

Esta entidade, em cooperação com organismos e outras entidades internacionais propuseram a avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro de título: Programa de Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Saúde - PROADESS destacado em Boletim (ABRASCO, 2004, p.13). As recomendações de ambos foram justificativa apresentada no projeto de pesquisa originário desta tese cuja temática, em si é de alta relevância social.

O tema objeto de estudo são as iniquidades em saúde. Com questionamento de cumprimento de conversão de modelo pela estratégia PSF, na reorganização da atenção básica, no alcance ou contrariedade ao princípio de equidade. Ao prestar assistência vertical e diferenciada aos horizontalmente desiguais reforça ou não, as desigualdades sociais. O aporte deste trabalho pode albergar-se na pretensão de que o exercício aqui realizado agregue massa crítica à compreensão, avanço real e consolidação na reorganização da atenção básica. No alcance de conversão do modelo assistencial à saúde de forma integral e equânime, posto que o PSF é a estratégia, atualmente hegemônica da política de saúde. (Cordeiro, 2000).

1.4 Questões de Pesquisa e Objetivos

Com este entendimento, as questões de pesquisa foram:

- Que características do projeto de saúde pública marcam a natureza das políticas de saúde neste país?
- As estratégias da política de saúde são efetivas na redução das desigualdades ou as reforçam?
- Neste sentido, a estratégia de reorganização da assistência à saúde, de forma diferenciada tem pertinência no alcance de conversão do modelo assistencial com equidade ?

Para esses questionamentos se interpuseram os seguintes objetivos:

- Geral - analisar a extensão de desigualdades sociais na assistência básica do Sistema Público de Saúde.
- Específicos
 - Caracterizar as desigualdades sociais e sua extensão em saúde;
 - Mapear nível de resolubilidade da agenda de usuários do PSF;
 - Apontar questões de financiamento e deficits de cobertura da assistência básica;
 - Configurar a governabilidade setorial programática através da regulação social e institucional em estudo de base empírica regional.

1.5 Apresentação

O texto esboça estudo teórico analítico de pertinência sobre a estratégia de reorganização setorial saúde. Avalia o cumprimento de equidade no sistema público de saúde com a hipótese de que as estratégias programáticas reforçam as desigualdades sociais. Pela ordem contempla o Resumo seguido de Abstract, Resumén, seis capítulos e as Referências Bibliográficas utilizadas no texto. Neste capítulo primeiro se encontra uma síntese introdutória de fundamentação teórica às categorias analíticas básicas, conceitos chave, o aporte, objetivos, questões de pesquisa e esta apresentação. No capítulo dois, se encontram os passos e as estratégias metodológicas utilizadas no trabalho.

No capítulo de numero três se encontra uma caracterização de desigualdades sociais. Com ênfase nos indicadores que a autora dêste trabalho considera de maior pêso, na determinação das condições de vida e de saúde produtoras dessas desigualdades, incluso uma análise de gestão de políticas públicas que intervém nas questões estruturais na produção destas. A configuração consiste num perfil de base expressionista compôsto por indicadores sociais do campo empírico institucional de bases acreditadas.

A inserção do princípio de equidade em saúde no curso do projeto de saúde pública e em paralelo ao processo de desenvolvimento brasileiro está descrita no capítulo quatro. Em resenha de sistematização do “estado desta arte temática” e, com base em revisão bibliográfica intencional. Esta revisão privilegia teses, estudos pontuais, de entidades e institucionais que direta ou indiretamente avaliaram a equidade na assistência em saúde. Portanto, resenha de fonte secundária de estudos que demarcaram os passos de inserção dessa forma de equidade no projeto de saúde pública no Estado brasileiro.

No capítulo quinto, o das provas e discussões, intitulado “Para a crítica dos processos da política de saúde” se dispõem os dados que embasam a análise de pertinência. Com esteio nos resultados, discussões e metanálise de pesquisa nacional que avaliou a reorganização do nível de atenção básica - AB pela estratégia PSF. Pesquisa institucional intitulada Estudos de Linha Base - ELB, de

promoção do Ministério da Saúde e Banco Mundial (BRASIL; NAÇÕES UNIDAS, 2005), cuja produção, apresentação, discussão dos resultados e meta análise do estudo nacional tiveram a participação formal desta autora que utilizou-se do processo e de toda a base de dados da referida pesquisa.

As discussões sobre os resultados desse estudo se apresentam imbricadas, em um quadro síntese dos resultados dos estudos avaliativos que delinea o constructo de pertinência objetivada. Descrevem em corte transversal dessa avaliação da atenção básica, sob o espectro dos limites e alcances da assistência prestada no sistema que se postula equânime, em uma sociedade extremamente desigual. As conclusões dispostas no capítulo seis dão resposta às questões de pesquisa e se respaldam nos dados e análises contidos no corpo do trabalho.

2 METODOLOGIA: OS PALMOS DESTE CHÃO

Com a devida atenção ao rigor científico, os passos dados neste caminho se deram com a observação de que fundamentos a exercícios de procedimentos epistêmicos não se postulam, se exerce tentando. Outra direção de ordem epistêmica que se alia à esta foi arrestada das elaborações teóricas de Limoeiro (1984). Esta autora considera mito do método como pista segura de aproximação da realidade e de resposta às questões de pesquisa. Com estas cautelas, o exercício que aqui se tenta busca dar tal provimento às questões que se apresentaram.

Na súplica de breve livramento dêste purgatório, de que a graça ilumine esta tentativa e de que os examinadores o apreciem com o devido zêlo, se explana os principais procedimentos que teceram o trabalho. Em termos de problematização sobre o objeto de estudo iniquidades em saúde, se apõe que o pressuposto norteador da hipótese orientadora: as estratégias programáticas organizacionais da assistência setorial aprofundam as desigualdades sociais e em saúde, além de não atingirem sua meta de conversão do modelo.

O percurso deste estudo partiu do pressuposto no qual, o fulcro analítico de uma política pública deve se pautar nas dimensões de sua formulação, gestão e de seus resultados. Fulcro monitorado por lupa e compasso na avaliação de correlação do desempenho das ações, com as diretrizes indissociáveis, do sistema setorial no qual se insere a política em análise. Neste caso, dos princípios doutrinários e organizativos do sistema público de saúde, com foco na equidade.

A relevância social do objeto de estudo como opção de trabalho foi justificativa apresentada no projeto de pesquisa originário deste trabalho. Acrescida da pretensão na qual, o exercício epistemológico que foi seguido agregue massa crítica ao debate da temática. A uma possível arguição de que a incursão nesse objeto de estudo se equivale a um mergulho em obviedades pela cristalinidade contida na manifestação das desigualdades sociais e sua

extensão em saúde, se interpõe um postulado aristotélico que sustenta “no quão difícil é provar o óbvio”. (PRÉ-SOCRÁTICOS, 1996).

Desses postulados advém a afirmativa da qual nada é óbvio na dinâmica dos processos sociais contidos na produção e na extensão de desigualdades sociais em saúde. O que se evidencia são as provas da impertinência de alcance de equidade com integralidade nas ações da assistência, em um sistema público universalizado a um contingente populacional que abriga as brechas sociais de um terço de miseráveis, com baixa mobilidade e regulação social.

Nesse imbricamento, este exercício perseguiu com lupa, régua e compasso ao alcance da autora, uma aproximação à realidade dessa intervenção. Como projeção analítica se expõe que a análise da efetividade com base nos dados do desempenho programático da atenção básica teve o rigor da observação com vistas ao cumprimento da finalidade social da política de saúde, dos princípios do sistema onde esta política se insere, e da pertinência das estratégias programáticas na reversão do modelo assistencial.

Em síntese, as ações setoriais do sistema público de saúde na reorganização da atenção básica contornam em seu leito as desigualdades sociais que, embora produzidas em nível estrutural, se reforçam na assistência verticalizada aos horizontalmente desiguais. A formulação e indução da política de saúde contemporânea tem a estética da varredura dos ajustes neoliberais no que se refere às retrações no financiamento à saúde. Guardadas as especificidades, o foco seletivo da assistência, outra característica das políticas sociais dos tempos neoliberais, se esteiam no ranço na cultura política brasileira e refoça a sua arquitez característica patrimonialista.

2.1 Linhas de Investigação e Tipo de Estudo

Dentre as linhas de investigação metodológicas na abordagem às políticas públicas de intervenção nas questões sociais e na saúde coletiva. A linha analítica adotada foi a da teoria explicativa da determinação social do processo saúde / doença calcada no método histórico. De maior aproximação à totalidade da questão objeto, em constructo analítico que se desenvolve através de uma discussão que se pretende dialética. Trata-se de um estudo teórico de análise de pertinência.

Com este intento, o trabalho produz uma síntese sobre a produção e caracterização das desigualdades sociais e sua extensão em saúde. A tese que se esboça no capítulo quatro é a de que, no curso do processo de desenvolvimento brasileiro, o projeto de saúde pública se configura na lógica das políticas sociais de intervenções setoriais, na incorporação e racionalização de saberes e, de práticas como a da seletividade. O esboço desse projeto, aqui se apresenta em forma de resenha com base em revisão bibliográfica que transcreve características originárias da atenção primária de saúde, em polos econômicos dos distintos estágios do desenvolvimento brasileiro.

Atenção que focalizou o combate às grandes epidemias - no saneamento da estrutura portuária para escoamento da produção - à chamada transição ou complexificação epidemiológica percorrida dos anos trinta aos anos oitenta do século vinte ao advento da reforma sanitária. Em discussão preliminar à análise de equidade em saúde, princípio do sistema público que orienta essa reforma, este trabalho se amparou em resultados e análises contidas em artigos, dissertações e teses que avaliaram essa temática no mesmo período.

O desempenho processual ou programático do setor, direta ou indiretamente avaliado em suas induções político institucionais regulatórias, no percursos dessa projeto/reforma. Estudos que tiveram como foco privilegiado, a equidade em saúde e que dão sustentação à hipótese de trabalho. A antítese consiste na negação de efetividade do modelo assistencial com equidade. Nega a reversão da questão sócio sanitária que é de ordem estrutural, portanto

não reversível, por estratégias programáticas compensatórias como a prestação de cuidado diferenciado aos socialmente desiguais duplica as desigualdades sociais, em saúde.

O entendimento sobre efetividade em saúde é o de que as ações setoriais da saúde pública estão matizadas, pela transversalidade das ações das demais políticas públicas de mesmo alvo social. Como fio condutor da antítese, se esboça um epílogo de ineficácia social dessa política, com fulcro no incipiente controle social, na baixa efetividade da assistência à reversibilidade das questões sociais geradoras das condições de vida e de saúde. A ilusão formuladora de equidade em saúde na reforma conflita, com as estratégias da assistência e não atende à concepção analítica, aqui embasada em Starfield (2001).

Com assento nesses pressupostos, o estudo de cunho teórico alça campo empírico de provas de estudos nacionais para construção de quadro analítico sobre a estratégia de reorganização da atenção básica de saúde, em sua meta de conversão do modelo assistencial hospitalocêntrico, para o modelo basicocêntrico. Reforça-se a observação dantes colocada de que a análise de pertinência persseguiu, sobremaneira em avaliar o alcance deste intento e se, este alcance se realiza com a indissociabilidade autopostulada de universalidade , integralidade e equidade na assistência.

A hipótese formulada é includente ao entendimento de que o princípio de universalidade é o que mais se aproxima do cumprimento doutrinário. Os princípios de integralidade e de equidade são os que mais se distanciam desse cumprimento do sistema de saúde. No que se refere à sua máxima de missão social e finalidade de assistência de sistema público de saúde à coletividade como um todo.

Com o arcabouço da formação e da informação disponíveis a esta autora, os procedimentos utilizados procuraram se fixar no objeto de estudo e dar resposta às questões de pesquisa que se resumem em avaliar a indissociabilidade desses princípios. Juridicamente situados como direito

objetivo em sua visibilidade no nível básico dessa assistência com o *zoom* para a equidade na porta de entrada do sistema público de saúde.

A fundamentação teórica utilizada buscou ancorar conceitos e categorias analíticas básicas: na explicação do processo de determinação das desigualdades em saúde e das estratégias da política no alcance de equidade. Em sintonia com o exposto de que as políticas públicas não têm padronização de receita, a estratégia de seletividade de grupos privilegiados na reorganização da assistência é excludente à equidade e impertinentemente à conversão do modelo assistencial. Além de ferir os princípios reforça desigualdades e torna a assistência iníqua.

A título de conceituação que sustenta essas premissas de problematização se expõe que das características originais das práticas que constituíram o projeto de saúde pública brasileiro, se considera que o campanhismo é outro resquício da cultura institucional do setor da saúde pública que perdura até o presente. A cada rebote de epidemia que surta, se produz uma campanha quando a prevalência já se elevou há alguns meses, a vigilância sanitária não se moveu e os determinantes estruturais, por exemplo (do saneamento básico / ambiental: da dengue, febre amarela, leptospirose e infestações alimentares) se urgencia uma campanha.

2.2 Estratégias Metodológicas

O universo do estudo foi de âmbito nacional, com âncora na fonte do campo empírico da base de dados sobre a atenção básica em saúde, oriunda de pesquisa com esta abrangência territorial. De centralidade institucional do MS e BM na indução, financiamento, formulação e normatização por Termo de Referência - TDR realizados em 2005 pela UFPEL, USP, ENSP, UFRN e CESGRANRIO aprovados em dezembro de 2006. A amostra intencional do trabalho contempla as regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Norte, a exceção do Centro Oeste. Registra-se que a exclusão desta região se deu ainda no projeto de pesquisa. Ademais, a instituição de pesquisa responsável pela avaliação desse lote não finalizou os relatórios junto com as demais.

O corte histórico de 2003-2006 se justifica: primeiro em questões que são estruturantes para o setor saúde. A edição da EC-29 apresentada em 2002 foi indutora na expansão da AB-PSF em 2003 (apud ABRASCO, 2008). Em trâmite no Congresso Nacional até junho de 2008 a emenda prevê a obrigatoriedade de contingenciamento do financiamento ao setor, a partir de 2009 e suscita um sucedâneo da CPMF nominado de Contribuição Social para a Saúde - CSS. O impulso dessa emenda se materializou na forte adesão dos municípios em 2003, na tentativa de reorganização da atenção básica. A indução move alocação de recursos federais e próprios, no financiamento à saúde pelos distintos níveis federados.

Segundo, a produção e resultados dos ELB e terceiro, a duração do primeiro mandato do governo de Luis Inácio Lula da Silva 2003-2006 eleito pelo maior partido de esquerda da atualidade, com estratégias de sistematização e ampliação de programas sociais. Para análise de equidade em saúde, este trabalho se valeu de avaliações externas constantes de relatórios da OMS, e Comissão de Determinantes Sociais em Saúde - CDS/ABRASCO, de igual produção temporal.

Quanto aos possíveis questionamentos de cabimento epistemológico na utilização dos resultados dos ELB, se antecipa a réplica com os seguintes argumentos. A citada abrangência e corte temporal sôbre o estado da reorganização da AB em 2005-2006. Os estudos foram formalmente induzidos por um único Termo de Referência - TDR que estabeleceu os eixos avaliativos nas distintas dimensões da política de saúde: a político institucional, a da organização das ações e a do cuidado.

Um outro argumento é o de que as instituições executoras desta pesquisa percorreram todos os passos desse termo e, de acordo com seus cabedais e interesses de estudo optaram em aprofundar algumas dessas dimensões. O TDR sistematizou diretrizes conceituais e operacionais dessa forma de avaliação e de estudos imbricados que unificam um conjunto de estratégias na institucionalização da avaliação nos municípios selecionados para essa avaliação nacional da atenção básica em saúde.

Os resultados da avaliação nacional e a meta análise corroboraram os achados dos oito estudos multicêntricos, no que se refere aos dados de desigualdades sociais, de cobertura e de desempenho da assistência à saúde por classe e região. Sejam os dados comparativos intra cidades ou metrópoles de mesmo porte populacional com 30, 100 mil habitantes, ou mais. Outrossim foi que a coordenação nacional de acompanhamento dessa avaliação considerou que os ELB fomentaram a cultura de avaliação em saúde, nesse nível da atenção em saúde no SUS - no fomento e implementação de novas abordagens -sobre a estrutura, processo e resultados. Inclusive que as pesquisas avaliativas realizadas estimularam os sistemas e serviços de saúde.

Para tanto, se integram ao escopo do TDR os itens de: diretrizes metodológicas para o desenvolvimento dos estudos pelas instituições de pesquisa; condições para participação; método de seleção das instituições; cronograma de atividades; estrutura central de gerenciamento, acompanhamento, avaliação e disseminação dos resultados esperados. A avaliação e monitoramento das ações de saúde, segundo o arrazoado desse termo explicitou que atividades se constituem nos principais pilares para assegurar a integralidade e a qualidade da atenção à saúde aos usuários.

O TDR institucional firmou ainda que a garantia de integralidade na assistência pressupunha que a avaliação realizada estivesse atenta para que, se a atenção prestada a população, em diferentes níveis fosse reconhecida adequadamente, que fosse identificada a variedade de necessidades e demandas relacionadas à saúde das comunidades e os recursos adequados para empreendê-las. Neste sentido, a atenção está concebida institucionalmente como lugar importante para a construção de respostas para os problemas de saúde da população, as quais devem considerar os contextos históricos, sociais e culturais nos quais se inserem.

Portanto, se refuta que distintas estratégias metodológicas utilizadas nos ELB regionais confundam ou invalidem a utilização dos seus resultados como espelho nacional. Em termos percentuais, os resultados apontam significativa aproximação nos percentuais de cobertura programática das ações à população alvo da Atenção Básica; de cumprimento na alocação de recursos

financeiros destinados destinam à AB, nos termos da EC 29. Alguns dos achados de consenso entre os diversos estudos foram: a baixíssima cobertura programática PSF; o bom desempenho de ações programáticas pontuais e pactuadas; os gargalos da resolutividade da atenção básica na assistência farmacêutica, na média e a alta complexidade que se manifestaram no elevado índice de insatisfação dos usuários; o índice de satisfação dos idosos pela atenção e gentileza de profissionais das equipes PSF. A síntese de descritores das desigualdades em saúde aqui realizada foi produzida a partir dos dados e análises de estudos temáticos sobre a iniquidade em saúde: dissertações, teses e artigos extratos de estudos específicos. Para análise da formulação da política de saúde em sua dimensão indutora foram igualmente arretados dados e documentos institucionais.

O perfil das desigualdades sociais e de gestão das políticas públicas que se disponibilizam no capítulo de número três foi composto de dados secundários. Pela ordem intencional e de relevância na expressão das desigualdades sociais brasileiras aqui considerada a partir do IDH e demografia, a renda; acesso à terra, segurança alimentar e situação nutricional; saneamento básico, desigualdades epidemiológicas e assistenciais. Seguidas de uma discussão sobre o acesso à justiça que correlaciona desse acesso com a governabilidade setorial exercida sobre a gestão dessas políticas, pontualmente a setorial pública de saúde.

A caracterização social neste trabalho não elenca, como de praxe em estudos dessa natureza, planilhas de dados. Estas se encontram nas respectivas bases de dados dos estudos originários da discussão analítica que aqui se faz sobre tais resultados. Uma discussão sobre os dados sociais e políticas públicas expressos em planilhas e análises produzidas pelos censos, pesquisas institucionais e de opinião, estudos específicos em textos impressos ou acessados de sites institucionais, de entidades e organismos de imprensa, relacionados ao período de corte (2003 a 2006).

Segundo os autores que formaram e informaram sobre a apreensão desta realidade, questões de método implicam em que, o fazer e o analisar deve dar guarida à compreensão na qual o alcance de grau epistêmico por

estratégias metodológicas utilizadas em estudos avaliativos têm como finalidade maior o avanço social. Na avaliação da condução processual de uma intervenção sobre uma questão social - se entende que as estratégias se entrelaçam e aperfeiçoam os processos e o método - segundo as formulações analíticas exercidas por Lênin e Luxemburgo, em 1919 no aperfeiçoamento da estética marxista. (LUKÁCS, 2003; SARTRE, 1960).

Em síntese discursiva, se reitera que assim como para as políticas públicas não existem receituários metodológicos infalíveis na aplicação de uma investigação complexa, os percursos utilizados percorrem trilhas e crivam marcadores que pretendem gerar *accountability* à realidade pesquisada. Sem a crença nem a pretensão no “mito da exatidão dos procedimentos metodológicos”, como se apreende dos ensinamentos de Limoeiro (1984).

3 DESIGUALDADES SOCIAIS: UMA PÁTINA DESTE TEMPO

Esta pátina se expressa em um perfil de indicadores sociais que descrevem as desigualdades brasileiras, a partir de dados secundários oriundos de estudos internacionais e nacionais. A compilação de dados teve como fontes os sites, divulgações, publicações institucionais ou de entidades que produzem e sistematizam índices e variantes de avaliação das condições de vida, com repercussão na saúde coletiva e no desenvolvimento humano. Em nível internacional, dados do compêndio anual dos RDH, relatórios que se alimentam do IDH e outros dados ambientais dos relatórios do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, (2002-2006), de maior internacionalização na avaliação³, do desenvolvimento humano, desde 1990.

O perfil de desigualdades sociais se traça com os resultados e discussões do último Censo, 2000; da Pesquisa de Orçamento Familiar – POF, 2003; da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios - PNAD, 2004 e de estudos complementares IBGE, 2000 - 2005 (INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000, 2003, 2007, 2005), além de pesquisas de opinião (PESQUISA, 2006). O campo empírico contém dados de sites e de publicações institucionais, jornalísticas e acadêmicas. Inicialmente se apresenta o desempenho brasileiro na trajetória de avaliação pelo IDH, índice de utilização mundial na avaliação do desenvolvimento humano, da Organização das Nações Unidas - ONU para Ciência Educação e Tecnologia - UNESCO. De divulgação anual nos Relatórios de Desenvolvimento Humano - RDH do Banco Mundial e do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - B.N.D.E.S.

Trata-se de um índice composto pelos indicadores de renda do Produto Interno Bruto - PIB per capita, nível educacional, mortalidade infantil e expectativa de vida ao nascer, em suas variantes: IDH, IDH-M (Municipal) e Índice de Custo de Vida- ICV. O IDH é de discutível especificidade por expressar particularidades de desenvolvimento enviesadas como o nível educacional no qual Brasil agregou inicialmente, as taxas de matrícula como efetuação de escolaridade .

³ Para efeito de análise comparada, o índice é categorizado pelo BNDES desta forma: 0 < - IDH < 0,5 Baixo Desenvolvimento Humano; 0,5 < - IDH < 0,8 Médio Desenvolvimento Humano e 0,8 < - IDH < - 1 Alto Desenvolvimento. (BRASIL, 2006f).

Outra agregação de confusão nesse índice é a inclusão dos dados de mortalidade infantil - MI com as taxas de esperança de vida. O confndimento reside no fato de que esta forma de mortalidade, a rigor não se constitui mais em indicador de pobreza, em função de sua redução não se atribuir apenas a efetividade exclusiva da política de saúde, nos segintes termos. A progressiva redução dessa forma de mortalidade ocorre no Brasil desde 1995 pela conjunção de efetividade oriunda das ações intersetorias que são externas ao setor saúde: a elevação da cobertura de saneamento básico, a rehidratação oral com soro caseiro e a suplementação alimentar realizadas por Organismos não Governamentais - ONGs.

Existem outros índices de avaliação de desenvolvimento humano como o índice de privações e exclusão social Banco do Nordeste e o da UNICAMP assinados, respectivamente por Lemos (2005) e Pochmann (2005). Estes índices são compostos por alguns dos indicadores utilizados nesta caracterização social: saneamento básico e a renda, cujos dados e análises são considerados de maior correlação na produção do processo social da saúde e doença. Oriundos de Censo, estudos complementares, pesquisas e análises especiais de instituições e entidades que produziram as tintas dessa caracterização social.

3.1 Desenvolvimento Humano Brasileiro

O desempenho brasileiro na trajetória de utilização do IDH entre 2002 e 2003 teve pontuação média de 0,747 no escalonamento de 0 a 1, no ranking dos 162 países igualmente aferidos. Em 2002 obteve a 73ª posição, em 2003 a 65ª e a 64ª em 2006 com a 46ª para o Brasil branco e a 107ª para o IDH negro. A melhoria em 2002 foi devida a troca de dados educacionais de matrícula em níveis absolutos de escolaridade realizada pelo ministério da Educação e Cultura (MEC). A troca se deu na base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, segundo o autor da desagregação dos dados no Instituto de Planejamento Econômico (IPEA), Paixão (2006). O índice isolado de analfabetismo brasileiro em relação aos maiores de 15 anos é forte descritor do atraso social: 22% em 1996; 13,5% em 2003 e 10% em 2006, também com a marca do racismo.

Apesar desse declínio do analfabetismo no Brasil, em termos comparativos, a Argentina alcançou os 13% nessa taxa na década de quarenta do século passado para os atuais 3.5% e detem a 35ª posição no IDH com pontuação 0,837 considerada elevada. As condições de moradia dos domicílios permanentes com cobertura de saneamento básico têm um déficit de 7,5 milhões de banheiros, dos quais 3,7 sem qualquer tipo de instalação sanitária para 45 milhões. O esgotamento sanitário cobre 80% dos domicílios do Sudeste, 41% no Centro - Oeste e 30% no Nordeste. Nos últimos cinco anos houve melhora nos níveis dos indicadores sociais com manutenção da má-distribuição na renda: 25% dos mais ricos detém 65% da renda. Censo e Estudos. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2001).

Os limites na utilização do IDH que foram mencionados na introdução denotam que mesmo com a agregação de dados que matizam a efetividade / transversalidade das políticas públicas, não se descarta que este índice é um razoável descritor internacional de desenvolvimento humano e de avaliação da efetividade dessas políticas. Sua utilidade é de bom alcance no mapeamento mundial das desigualdades e na possibilidade de orientar o planejamento de ações das políticas de desenvolvimento entre países, estados, municípios ou mesmo entre bairros. Pochmann (2005, p.6) assim sintetiza as críticas a este índice:

A evolução desse índice é insuficiente para medir a complexidade do desenvolvimento humano. Por exemplo, em vez de repetir o resultado de 2002, o índice de 2003 deveria ser pior do que o apontado na pesquisa anterior. A piora no desemprego, a maior queda na renda e, taxas de juros maiores que 25% deveriam rebaixar o índice do Brasil em 2003. Esse ambiente desfavorável indicaria piora no IDH, mas ele não sofreu alteração. Os indicadores analisados por esse índice melhoram por inércia, desta forma, o IDH será sempre um indicador pró-governo, seja lá qual for.

O índice de exclusão social - IES de autoria de Lemos (2005) é regionalmente escalonado. As desigualdades sociais estão estadiadas pela correlação dos indicadores de moradia/saneamento básico, educação e renda. No ranking deste autor, a pontuação nacional é de 25,34; a do Nordeste 40,95; do Norte 38,16; Sul 19,76 e a menor é do Sudeste com 14,57.

Pochmann (2005) também é coautor de índice de exclusão social de elaboração institucional UNICAMP, cuja proposição está imbuída de que:

Um índice mais adequado deveria levar em consideração a capacidade de o país implementar reformas básicas como a agrária, tributária amplas e universalizar o acesso à educação e à saúde. O índice deveria levar em conta outras variáveis como desemprego, violência, desigualdade de renda, que na verdade o que há é uma estabilidade na sua má - distribuição.

Com essas observações se coloca que a evolução na marcação do IDH no período 2002-2006 revela que o Brasil oscilou entre a septuagésima e a sexagésima nona posição no ranking dos 163 a 192 países avaliados, com desenvolvimento médio de 0,747. A série dos RDH evidencia que: o país cresceu de 0,788 para 0,792; caiu uma posição nesse ranking de 2003 para 2004; piorou na distribuição da renda e se manteve entre as 83 nações de médio desenvolvimento, com 0,500 e 0,799 desse índice. Das 63 nações de alto desempenho as cinco melhores foram: a Noruega com 0,965, a Islândia em 2º, a Austrália em 3º, a Irlanda em 4º e Suécia em 5º lugar.

Abaixo da posição obtida pelo Brasil esteve a Colômbia com a pontuação de número setenta seguida de Santa Lúcia, Venezuela, Albânia e Tailândia. Treze países da América Latina e do Caribe obtiveram desempenho superior: México, 53º com 0,821, Cuba 50º com 0,826, Uruguai 43º com 0,851, Chile 38º com 0,859 e a Argentina 36º com 0,863. Outros 17 países desta Região, a Venezuela na posição 72º com 0,784, Peru 82º com 0,767, Paraguai 91º com 0,757, Jamaica 104º com 0,724 e Haiti 154º com de 0,482. A Nigéria na África foi o país que esteve no menor índice desta pontuação com a 177º com IDH 0,311.

Os resultados relativos ao IDH 2004 demonstram que a posição do Brasil nesse ranking reflete as estatísticas anteriormente descritas: das taxas de esperança de vida ao nascer, alfabetização, escolarização e do PIB per capita. Em reforço ao descrito, o país avançou na distribuição de renda em termos absolutos e em comparação com outros países revelou uma das faces de sua dualidade: a décima maior concentração de renda e o déficit no saneamento básico por classe e região, a pior entre os diferenciais desta sociedade.

Estes relatórios de desenvolvimento se referem sempre ao IDH de dois anos anteriores. Entre o de 2005 e de 2006 houve mudança no cálculo do índice após a referida desagregação dos dados de educação. Nas edições anteriores dos RDH de 32 países dentre os quais o Brasil, Argentina, Reino Unido e Suécia haviam sido incluídos os números dos programas de educação para adultos. Posteriormente, estes dados foram excluídos para correlacionar a equivalência com os demais países, nos quais a taxa de analfabetos para essa faixa da população é nula.

3.2 Demografia, Emprego e Renda

Em síntese sobre os resultados de demografia contidos no último Censo IBGE e suas pesquisas posteriores, se destaca a magnitude contida no indicador isolado de analfabetismo para os maiores de 15 anos em termos de 13,5% em 1999 para 10% em 2006 com média de 23% e 3% da população com título superior. A leitura dos dados revela que houve uma melhoria dos indicadores sociais de saúde e educação, em relação ao censo anterior, com o estigma racial no IDH branco crivado na quadragésima posição e o negro na centuagésima casa. A aglutinação de indicadores do índice de exclusão social e de privações já referenciado, (composto pela renda, saneamento básico e educação) comprova que a natureza da exclusão social neste país é de classe e por região. Dos 43.019.854 excluídos, 19.551.696 residem no Nordeste e somados aos 4.923,408 do Norte perfazem mais de 50% do total. (LEMOS, 2005).

A Pesquisa Nacional de Amostra Por Domicilio (PNAD), do IBGE (2004) ouviu 408.148 pessoas em 142.471 domicílios em todos os estados. De realização anual investiga de forma permanente as questões referentes à habitação, rendimento e trabalho com periodicidade variável, pesquisas suplementares de caráter demográfico, social e econômico. Dos dados principais sobre a demografia / fecundidade, emprego e renda se destacam que: a população brasileira chegou a 182.060.108 habitantes com estimativa de 190.000.000 para 2007.

Esta ocorrência atribui-se, em parte devido à inclusão, por primeira vez nessa pesquisa, da população que habita a área rural da região Norte do país.

51,4% da população declararam ser de cor branca; 42,1% parda; e 5,9% preta. A taxa de fecundidade no contexto da composição e da dinâmica demográfica da população brasileira é marcador norte para planejamento das políticas públicas, no contorno da questão da assistência à saúde.

A evolução dessa dinâmica aponta que em 1981 a proporção da população brasileira era de 48,3 idosos, pessoas com mais de 60 anos, para cada 100 com menos de cinco anos. Em 2004 a taxa recuou e o país tinha neste ano, 120 idosos para cada 100 crianças alterando-se portanto, a tendência na dinâmica populacional na relação etária. Em 1993, a proporção era de 76,5 por 100, em 1999 de 97,8 e a partir do ano de 2002, os idosos já se constituíam em maioria. Esta mudança gerou situações que elevaram as possibilidades e graus de dificuldades na administração de políticas em particular as de educação e de saúde.

A priori, um número menor de crianças possibilita alocar mais recursos no gasto per capita nas escolas públicas e elevar o contingente de aposentados pela previdência pública, em relação a um número cada vez menor de jovens em idade economicamente ativa. As explicações para esse processo estão bastante exploradas particularmente na queda na taxa de fecundidade da mulher brasileira que chega a 2,1 filhos. Taxa indicativa de reposição populacional de 0,1 que traduzem os efeitos da queda da mortalidade na relação entre idosos e crianças que se altera porque, ao mesmo tempo em que as taxas de natalidade declinam se elevam as de expectativa de vida.

A tendência é a de que a população não diminui de tamanho em curto prazo devido ao aumento da longevidade e a existência do contingente populacional jovem em idade reprodutiva, bastante significativo. As estimativas do IBGE (2006) vão no sentido de que somente a partir de 2062 a população brasileira efetivamente diminui. Outro indicador que muda significativamente nos dados dessa PNAD, de acordo com a região do país é a proporção de pessoas que migraram para outro município ou Estado. O fluxo histórico de nordestinos para o Sudeste se inverteu e a região em que essa proporção de migrantes é maior é a do Centro-Oeste e Sudeste, cujas proporções eram de 41,1% caíram para 18,7%.

O percentual de pessoas que nasceram em outros municípios chega a 39,8%. Sobre o fluxo migratório, a explicação no site institucional é de que este número indica que a mobilidade da população é intensa. Principalmente nas áreas de expansão da fronteira agrícola no Centro-Oeste e Norte, setor da economia que tem as maiores taxas de crescimento.

Emprego. Os dados da PNAD, 2004 sobre esta varável de ordem estrutural no processo de produção das desigualdades indicam que houve uma elevação da População Economicamente Ativa - PEA. A elevação foi de 2,5%, e a ocupação 3,3% entre 2003 e 2004. Neste período ocorreu aceleração no ritmo de geração de empregos sem carteira num crescimento de 6% sem registro para 6,6% com tendência de formalização. As contratações registradas foram de 1, 569 milhões e superaram as informais que chegaram a 1,126. O número de trabalhadores autônomos aumentou em 0,6% cuja elevação gerou perda de participação no total de pessoas ocupadas.

Quanto à evolução de renda pelo trabalho, o trabalhador sem remuneração onde se insere o componente da família que auxilia na informalidade no negócio familiar: banca de camelô ou na barraca da família, cedeu em 4,5% de 2003 para 2004. O emprego doméstico foi elevado pelas contratações sem registro as quais subiram 4,2% com elevação acima da média em relação ao emprego de servidores civis e de militares que foi de 4,4%. A participação dos trabalhadores formais foi de 32% em 2003 para 32,9% em 2004 e a dos trabalhadores sem carteira teve uma incipiente elevação na ordem de 23,5% para 24,1%. Os trabalhadores autônomos e não cooperativados que trabalham por conta própria tiveram uma tênue redução de 22,3% para 21,8% e os não-remunerados de 7,1% em 2003 para 6,5% , em 2004.

A elevação de empregos em 3,3% em relação a 2003 significou um acréscimo de 2,7 milhões de trabalhadores ocupados com taxa de desemprego que cai de 9,7% para 9%, o equivalente a 8,2 milhões de desempregados, o segundo melhor aumento da série histórica iniciada em 1992 e menor que o verificado de 2001 para 2002 com alta de 3,8% no número de ocupados. A taxa de desemprego caiu no sentido de que o número de vagas criadas cresceu mais do que o total de pessoas que ingressaram no mercado de trabalho.

Em 1992 era de 10,5% o total de empregados dos quais a indústria foi o setor da economia que mais impulsionou o emprego em 6,6%, seguida pelo setor de serviços 4,8%. No setor agrícola houve queda de 0,5% na totalidade das atividades desenvolvidas no campo e cresceu 4,3% em atividades não agrícolas, enquanto o nível de ocupação feminina aumentou em seu maior nível desde 1992 que foi de 45,6% para 46,4%.

A renda média da população brasileira é considerada um descritor de excelência sobre a expressão das desigualdades sociais. Este indicador é componente de peso na evolução do IDH cuja média populacional estimada para o período foi de U\$ 40,00. Impeditiva ao acesso dos mínimos essenciais de reprodução de classe devido ao não atendimento à uma pauta dietética de requerimento mínimo de 2.200 cal./dia per capita. (ESCODA, 2007).

Pochmann (2005, p.8) admite que a renda média continua baixa no Brasil, com pequena redução da desigualdade :

A renda média do trabalhador permanece estagnada em R\$ 733,00 descontados a inflação do período que não a recupera no percentual de 18,8% verificado desde 1996, quando a renda atingiu seu pico e, desde então só faz cair. Mesmo sem crescimento na renda, a queda no rendimento dos mais ricos, o recuo da inflação e o aumento real do salário mínimo, bolsas-renda e pensões permitiram uma melhor distribuição da renda do trabalho.

O índice de Gini⁴ pontua que a concentração de renda média passou de 0,554 em 2003 para 0,547 em 2004, melhor resultado desde 1981 e que a distribuição de renda mantém uma tendência de melhora, desde 1993. Nas análises de Pochmann (2006) a distribuição se deu à custa dos 10% mais ricos que, de 1996 a 2004 tiveram uma queda de 22,7% quando, para os 50% de trabalhadores com menor renda o declínio foi de 4,31%. Os analistas institucionais entendem que apesar desses dois grupos terem perdido, a distribuição de renda melhorou um pouco, já que os mais pobres perderam menos do que os mais ricos.

O acesso aos bens de consumo, a PNAD comprovou ainda que no acesso ao aparelho celular houve uma expansão de 21% para 25% na proporção de

⁴ Esse índice quantifica que quanto mais perto de um, mais desigual é o rendimento e, quanto mais próximo de zero, melhor é a distribuição.

domicílios que tinham esse tipo de aparelho entre os 40% mais pobres. Nos domicílios com renda inferior a R\$ 100 per capita, o aumento foi de 10% para 20% nessa forma de consumo.

As evidências empíricas, as análises transcritas e as que se seguem indicam que houve uma redistribuição de renda com ténue significância no peso dos indicadores de pobreza como um todo. Indicadores que manifestam as condições materiais de vida no acesso à terra, alimentação e situação nutricional e, saneamento básico cujos níveis de indicadores impactam negativamente nas desigualdades epidemiológicas e de assistência à saúde.

3.3 Terra, Segurança Alimentar e Situação Nutricional

A relevância que tem a terra na vocação produtiva da história do desenvolvimento econômico brasileiro, de per si é um determinante social de alta relevância na questão alimentar e nutricional. Sobremaneira no que refere à sua posse, extensão, financiamento à cultura consorciada intensiva aos alimentos básicos, no financiamento ao cultivo de bioenergéticos, na produção de alimentos geneticamente modificados e os alimentos destinados ao consumo interno.

De igual peso internacional nas relações de balança comercial exterior e na determinação do processo social da fome / desnutrição, assim como a renda. Neste arcabouço estrutural, a extrema concentração da terra, a progressão da cultura extensiva de bio combustíveis no Brasil assume preocupação quanto à sua finalidade social. Em 1988, ano da última Constituinte, 80% das terras agriculturáveis estavam sob a posse de apenas 0,5% dos produtores rurais: Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE In: Muller, 1986 (apud ESCODA, 1989).

Esta autora, em dissertação de mestrado sobre os determinantes sociais da fome analisou que a desigualdade na distribuição da terra guarda relação com a classe, região, renda do trabalho e o subemprego como produtos das aparentes contradições desse processo econômico. A exemplo de contradições, em 1989 o

paradoxo contido nos dados inerentes ao processo de desenvolvimento capitalista: o país era a oitava potência econômica ocidental, a quarta maior em grãos, a quinquagésima quarta em poder de compra da população e a quinta nação em contingente de desnutridos. Em 2005, o país esteve na décima segunda posição econômica e evoluiu para a décima entre 2006-2007.

Dados incontestes da correlação da desigualdade na posse da terra com a fome⁵ são por exemplo, 58% da produção de alimentos é oriunda de propriedades com menos de 100 hac., as quais correspondem a 90% das propriedades rurais. As terras com extensão superior a 1.000 hac., contribuem apenas com até 15% da produção agrícola e representam 2% das propriedades rurais e 45% das terras. 70% da produção de alimentos básicos⁶ são oriundos da média e pequena propriedade. As calorias e valor de remuneração do salário mínimo foram definidos em Decreto-Lei 399 de abril 1938 ainda em vigor, nas quantidades necessárias para o trabalhador repor as energias consumidas no exercício do seu trabalho, no valor de até 20% do valor do salário mínimo vigente.

Sobre a relação do latifúndio na reversibilidade da fome endêmica os estudos afirmam ser nula, em função da incipiente produção destinada ao abastecimento interno. Outro dado de significância na questão agrária nessa correlação é na contenção da migração rural-urbana que uma reforma agrária possibilita com a fixação do homem no campo. A luta pela terra no Brasil induz o movimento social de maior expressão nos últimos vinte anos, o Movimento dos sem Terra - MST cujo líder João Pedro Stédile explicita:

Nós não entendemos a revolução como a tomada do Estado através de armas. Isso já está superado. Nós entendemos a revolução como uma forma de resolver a desigualdade social. Compreendemos que só é possível fazer isso no Brasil conjugando luta com o processo eleitoral. (entrevista à Folha de São Paulo, jul., 2006).

⁵ Estudo INUFPE (1986) sobre situação de saúde e nutrição comprova a relação direta de desnutrição em famílias com crianças de menos de cinco anos, de famílias proprietárias parceiras ou meeiros, em terras de extensão inferior a 200 hac.

⁶ Ração essencial mínima ou cesta básica é composta por treze produtos: arroz, açúcar, café, farinha de trigo, banana, banha, carne, leite, feijão, batata, tomate, pão e manteiga. 3.200 calorias.

Este líder afirma nessa entrevista que, apesar do discurso pela igualdade os avanços são incipientes. Como epílogo desse movimento, se observa que o discurso do seu líder se fundamenta em Kautsky (1972, p. 17-84) ao pronunciar seu convencimento ideológico de que “para resolver a desigualdade social na história universal da questão agrária, a luta por esse bem, de fato, sem mobilização, pouco ou nada se avança nessa direção”. Ainda na citada entrevista, o líder do MST considera a necessidade Reforma Agrária como:

[...] uma questão de justiça, de soberania popular, por uma nova organização da agricultura, submetida aos interesses da sociedade, não apenas ao lucro de grupos financeiros. ...Estamos enfrentando um novo momento da luta pela reforma agrária, no qual a agricultura se apresenta numa verdadeira encruzilhada. De um lado, o futuro de mais de 4 milhões de famílias de trabalhadores rurais e das nossas riquezas naturais. De outro, as forças do latifúndio aliadas com grandes grupos estrangeiros que adotaram o modelo agro-exportador como única forma de organizar a produção agrícola.

Segundo leitura de conteúdo da Carta em nome da entidade MST transcrita adiante, as contrariedades para com os passos desse processo, às quais se referem esse líder são em função da prioridade de governo para com o agronegócio. De incentivo às monoculturas em grande escala, por meio da expulsão do homem do campo com a mecanização, uso de agrotóxicos sem responsabilidade e na agressão ao ambiente. Stédile denuncia também os conflitos que matam camponeses e indígenas por posse e demarcação de terras, como estratégia de amedrontamento cujo objetivo maior é a garantia:

[...] do lucro fácil, o aumento das exportações para sustentar o modelo neoliberal de resultado na concentração da terra, riqueza e renda que aumentam a desigualdade, o número de pobres e o êxodo rural que engrossa as favelas das cidades. Refere-se ainda ao apoio que o MST recebe através de amigos que atuam em igrejas, universidades e no Parlamento, além do movimento sindical, popular e camponês internacional.

A respeito dos passos dessa reforma, segundo os dados divulgados em site desse movimento, das metas de assentamento de 100 mil famílias foram efetuadas apenas 67 mil. A formulação de política agrícola do MST objetiva um modelo agrícola de “garantia para a geração de emprego, distribuição de renda e acesso à

educação para as famílias do meio rural no significado de uma verdadeira reforma agrária, com justiça social e soberania popular”.

Nós, 17.500 trabalhadoras e trabalhadores rurais Sem Terra de 24 estados do Brasil, 181 convidados internacionais representando 21 organizações camponesas de 31 países e amigos e amigas de diversos movimentos e entidades, reunidos em Brasília entre os dias 11 e 15 de junho de 2007, no 5º Congresso Nacional do MST, para discutirmos e analisarmos os problemas de nossa sociedade e buscarmos apontar alternativas. Nos comprometemos a seguir ajudando na organização do povo, para que lute por seus direitos e contra a desigualdade e as injustiças sociais. Por isto, assumimos os seguintes compromissos: Articular com todos os setores sociais e suas formas de organização para construir um projeto popular que enfrente o neoliberalismo, o imperialismo e as causas estruturais dos problemas que afetam o povo brasileiro. Defender os nossos direitos contra qualquer política que tente retirar direitos já conquistados. Lutar contra as privatizações do patrimônio público, a transposição do Rio São Francisco e pela re estatização das empresas públicas que foram privatizadas. Lutar para que todos os latifúndios sejam desapropriados e prioritariamente as propriedades do capital estrangeiro e dos bancos. Lutar contra as derrubadas e queimadas de florestas nativas para expansão do latifúndio. Exigir dos governos ações contundentes para coibir essas práticas criminosas ao meio ambiente. Combater o uso dos agrotóxicos e a monocultura em larga escala da soja, cana-de-açúcar, eucalipto, etc. Combater as empresas transnacionais que querem controlar as sementes, a produção e o comércio agrícola brasileiro, como a Monsanto, Syngenta, Cargill, Bunge, ADM, Nestlé, Basf, Bayer, Aracruz, Stora Enso, entre outras. Impedir que continuem explorando nossa natureza, nossa força de trabalho e nosso país. Exigir o fim imediato do trabalho escravo, a super exploração do trabalho e a punição dos seus responsáveis. Todos os latifúndios que utilizam qualquer forma de trabalho escravo devem ser expropriados, sem nenhuma indenização, como prevê o Projeto de Emenda Constitucional já aprovado em primeiro turno na Câmara dos Deputados. Lutar contra toda forma de violência no campo, bem como a criminalização dos Movimentos Sociais. Exigir punição dos assassinos – mandantes e executores - dos lutadores e lutadoras pela Reforma Agrária, que permanecem impunes e com processos parados no Poder Judiciário. Lutar por um limite máximo do tamanho da propriedade da terra. Pela demarcação de todas as terras indígenas e dos remanescentes quilombolas. A terra é um bem da natureza e deve estar condicionada aos interesses do povo. Lutar para que a produção dos agrocombustíveis esteja sob o controle dos camponeses e trabalhadores rurais, como parte da policultura, com preservação do meio ambiente e buscando a soberania energética de cada região. Defender as sementes nativas e crioulas. Lutar contra as sementes transgênicas. Difundir as práticas de agroecologia e técnicas agrícolas em equilíbrio com o meio ambiente. Os assentamentos e comunidades rurais devem produzir prioritariamente alimentos sem agrotóxicos para o mercado interno. Defender todas as nascentes, fontes e reservatórios de água doce.

A água é um bem da Natureza e pertence à humanidade. Não pode ser propriedade privada de nenhuma empresa. Preservar as matas e promover o plantio de árvores nativas e frutíferas em todas as áreas dos assentamentos e comunidades rurais, contribuindo para preservação ambiental e na luta contra o aquecimento global. Lutar para que a classe trabalhadora tenha acesso ao ensino fundamental, escola de nível médio e a universidade pública, gratuita e de qualidade. Desenvolver diferentes formas de campanhas e programas para eliminar o analfabetismo no meio rural e na cidade, com uma orientação pedagógica transformadora. Lutar para que cada assentamento ou comunidade do interior tenha seus próprios meios de comunicação popular, como por exemplo, rádios comunitárias e livres. Lutar pela democratização de todos os meios de comunicação da sociedade contribuindo para a formação da consciência política e a valorização da cultura do povo. Fortalecer a articulação dos movimentos sociais do campo na Via Campesina Brasil, em todos os Estados e regiões. Construir, com todos os Movimentos Sociais a Assembléia Popular nos municípios, regiões e estados. Contribuir na construção de todos os mecanismos possíveis de integração popular Latino-Americana, através da ALBA - Alternativa Bolivariana dos Povos das Américas. Exercer a solidariedade internacional com os Povos que sofrem as agressões do império, especialmente agora, com o povo de CUBA, HAITI, IRAQUE e PALESTINA. Conclamamos o povo brasileiro para que se organize e lute por uma sociedade justa e igualitária, que somente será possível com a mobilização de todo o povo. As grandes transformações são sempre, obra do povo organizado. E, nós do MST, nos comprometemos a jamais esmorecer e lutar, sempre. REFORMA AGRÁRIA: Por Justiça Social e Soberania Popular ! Brasília, 15 de junho de 2007. (CARTA DO MOVIMENTO DOS SEM TERRA, 2006).

Em se tratando de segurança alimentar, se faz necessário manifestar a compreensão de que a fome, a desnutrição e as demais questões inerentes à condição de vida e saúde que presidem a condição humana não devem ser hierarquizadas ou escalonadas. Insere-se nessa discussão, a reflexão de Morin (2001) sobre as estratégias da condição humana no enfrentamento da crueldade - contida na realidade que resultam em sua vulnerabilidade – e se expressam nos diálogos da sapiência e da demência.

No Brasil, igualmente ao direito à saúde, a segurança alimentar, novo eufemismo da fome endêmica está disposta em Lei de 11.346. Componente da área do direito objetivo clássico que se revela, na sua definição como o acesso regular a todos em quantidade e qualidade sem comprometer outras necessidades, diversidade sócio-cultural e a sustentabilidade econômico. (BRASIL, 2006h).

A divulgação de resultados de estudos que trazem à luz as reais condições de vida da população neste país, as autoridades colocam em dúvida a metodologia e as fontes de divulgação que repercutem os resultados em correlações difusas e desconexas como a seguinte: a nação que produz mais de 120 milhões de toneladas de grãos abriga gente que passa fome. Esta citação jornalística é comum na mídia formadora de opinião ao recolocar o anacrônico jargão do “boom” do sucesso da economia como condicionante direto do acesso universal aos bens da produção agrícola com o acesso à alimentação.

Minayo (1986) em obra intitulada “As raízes da fome” apresenta discussões sobre os processos e determinantes sociais no campo da produção da alimentação e nutrição. Em face de sua história ocidental através dos modos de produção e as crises de fome, pontualmente na conjuntura da chamada década perdida na América Latina e no Brasil reafirma-se, a correlação da posse e extensão da terra com fomento à agricultura básica com a fome endêmica. A terra agricultável é incontestemente bem material e essencial da vocação econômica brasileira portanto, de peso estrutural na questão alimentar e nutricional dessa população.

As considerações que se faz aos resultados de estudos que avaliam o impacto de políticas às questões sociais são inicialmente, sobre a pesquisa de Orçamento Familiar- POF realizada entre 2002-03, a qual informou que 47% das famílias entrevistadas revelaram alguma forma dessa insegurança. Eventual ou habitual e que 60% do contingente total reside na Região Norte e Nordeste. Esta pesquisa foi um dos estudos suplementares da PNAD para avaliação de segurança alimentar⁷ que comprovaram a dimensão populacional das desigualdades brasileiras em alimentação. Numa extensão de 72 milhões de pessoas com 21,3 milhões de famílias em insegurança alimentar abaixo da linha de indigência, distinto dos 55 milhões sem renda para consumo de 2.200 cal/dia.

⁷ Por metodologias distintas, a escala brasileira adaptada pela Unicamp é originária de adaptação de três universidades americanas. Formulada para fins de prognóstico, sinal de alerta e seleção em programas sociais durante a depressão nos anos 30 com Theodore Roosevelt e, sistematicamente, desde o governo Franklin Delano Roosevelt durante a 2ª guerra. A brasileira considera insegurança alimentar grave, quando ao menos uma pessoa da família relata ter sentido fome nos 90 dias anteriores à pesquisa, no seguinte escalonamento e pontuação: Leve (1-3 pontos = faltou dinheiro para comprar algo essencial); Moderada (4-6 = qualidade da alimentação prejudicada) e Grave (7-9 = fome nos últimos 90 dias).

A interface da cronicidade da desnutrição se manifesta biológica e clinicamente no nanismo nutricional. O nanismo nutricional se comprova no déficit de estatura em relação a uma criança de mesma idade e classe social superior. Esta forma de má nutrição continua elevada no país assim como as taxas de baixo peso e altura ao nascer são consideradas internacionalmente elevadas. O indicador idade / altura é considerado pela OMS como o mais sensível para avaliação do desenvolvimento nutricional de uma população. Análises dos estudos nacionais da década de noventa, após a agudização dos anos setenta - oitenta sinalavam a situação nutricional brasileira em estágio de transição para um padrão epidemiológico de maior complexidade por abrigar doenças do atraso e da modernidade. (Escoda, 2002 e 2007).

Dados de censo nutricional realizado no Rio Grande do Norte e de estudo nutricional com a população do Rio de Janeiro, ambos em 1994 atestaram esta complexidade. 30% da população avaliada no Rio estava obesa e no primeiro, 42% das crianças com desnutrição crônica, 22% desnutridas graves e 11% dos bebês com obesidade alimentar, socialmente determinadas na relação renda e acesso aos alimentos essenciais. (ESCODA, 1994 e 1996). A amostra alcançada pelo censo do Rio Grande foi de 42.000 crianças < 5 anos das micro-regiões em famílias com renda inferior a um salário mínimo avaliadas pelo padrão de classificação nutricional⁸ do Nutrition Center Health and Science – NCHS, da Universidade de Havard (1990 apud ESCODA, 2002).

O último estudo institucional realizado no país sobre a situação nutricional da população foi com beneficiários dos programas sociais do Ministério do Desenvolvimento Social (2005) intitulado Chamada Nutricional confirmou o rebaixamento das formas graves da desnutrição. A discordância desta autora para com as análises deste estudo são as de que a avaliação foi matizada pelo padrão de classificação nutricional utilizado, o da OMS que altera a maior o percentual de rebaixamento dos índices. A concordância é de que a gravidade da desnutrição baixou sim, com manutenção da cronicidade manifestada no nanismo nutricional,

⁸ Produzido pela Universidade de Havard com crianças de Boston, maior PIB per capita, o padrão é universalmente aceito por comprovar que o acesso à pujança econômica é variável dependente na expressão do potencial biológico do desenvolvimento humano, em seu crescimento somático. Portanto, consiste no Índice de avaliação populacional de desenvolvimento econômico e social de excelência, em nível internacional.

em elevados níveis. Inclusas outras formas de má nutrição e em elevadas prevalências como a obesidade alimentar em bebês, crianças e em adultos.

De etiologia socialmente determinadas, em classes sociais inferiores de baixo poder aquisitivo ao acesso de alimentos essenciais de alto valor biológico e de alto custo. (ESCODA, 2002 e 2007). A da gravidade da manifestação clínica da desnutrição se comprova, no déficit de peso de uma criança de classe social inferior, em relação a uma criança de mesma idade e de classe social superior. Os níveis desse indicador no Brasil caíram sensivelmente dos anos sessenta até esta primeira década dos anos dois mil, segundo os resultados da Chamada Nutricional expressos no gráfico (Figura 1), a seguir.

Os dados mais relevantes sobre o que institucionalmente é considerado como segurança alimentar que constam dessa chamada são: 65% das famílias que estavam em segurança alimentar, 75% se encontravam nas Regiões Sul e Sudeste. 35% das que se encontravam em insegurança “16,0% leve, 12,3% moderada e 6,5% grave” pertenciam a 6,5% dos domicílios que abrigam 3,35 milhões. Forte descritor da desigualdade social em saúde regional posto que as famílias em estado de insegurança, 30% delas pertenciam ao sul-sudeste, 52% ao nordeste, 12% ao norte e 8% ao centro-oeste.

O estado do Maranhão obteve o maior percentual (18%) de domicílios com insegurança alimentar. Na amostra total do estudo, a razão de prevalência de insegurança alimentar foi mais elevada em famílias com renda de ($\frac{1}{4}$) um quarto do salário mínimo; de um a três salários moderada e grave em 61,2% desta faixa. Na faixa de renda superior a três salários a prevalência foi de 1%, enquanto as mulheres em todas as faixas etárias tiveram coeficiente de prevalência sensivelmente superior ao dos homens, igualmente em famílias com menores de 18 anos e idosos.

Os negros e os pardos marcaram o escore de 52,3% para 28,1% dos brancos. Os mulatos ou os que não declararam a cor o percentual foi de 19,6%. Nos Estados Unidos da América onde a igualdade continua branca, esses dados de insegurança alimentar jamais ultrapassaram 16,5% dos domicílios. Este percentual se restringe às áreas onde residem as famílias “españas e negras” nas quais, em 2002 apenas 3,5% destas famílias realizaram a forma grave dessa insegurança.

Os estudos de avaliação de consumo alimentar e de situação nutricional, desde os anos trinta comprovam baixos índices de consumo e elevados índices de desnutrição, em co-relação com a baixa renda, nas classes sociais inferiores. CASTRO (1983). O critério utilizado para seleção de beneficiários em programas sociais tem sido a gravidade, em termos de risco nutricional embora, o risco real é o de pertencimento de classe/renda.

O dado isolado de consumo de alimentos, em famílias de mesma classe e renda que se comprovou a maior nas capitais da região Sudeste reforça a avaliação de desigualdade e combinação no processo interno de desenvolvimento. Outro dado da desigualdade na cor comprovado nesta PNAD foi a prevalência de 72% dos de cor escura para 28% de brancos.

Nos marcos culturais descritos nos distintos modos de produção e nos compendios da história da alimentação brasileira, as mulheres reservam o pouco ou o único alimento que dispõem para o chefe da família. Em geral, o único que tem renda ou trabalho na lógica de preservação do processo produtivo, segundo a qual quem trabalha é quem precisa se alimentar mais e melhor. Nesta lógica, para crianças, adolescentes ou desempregados, “qualquer bagana lhes engana”.

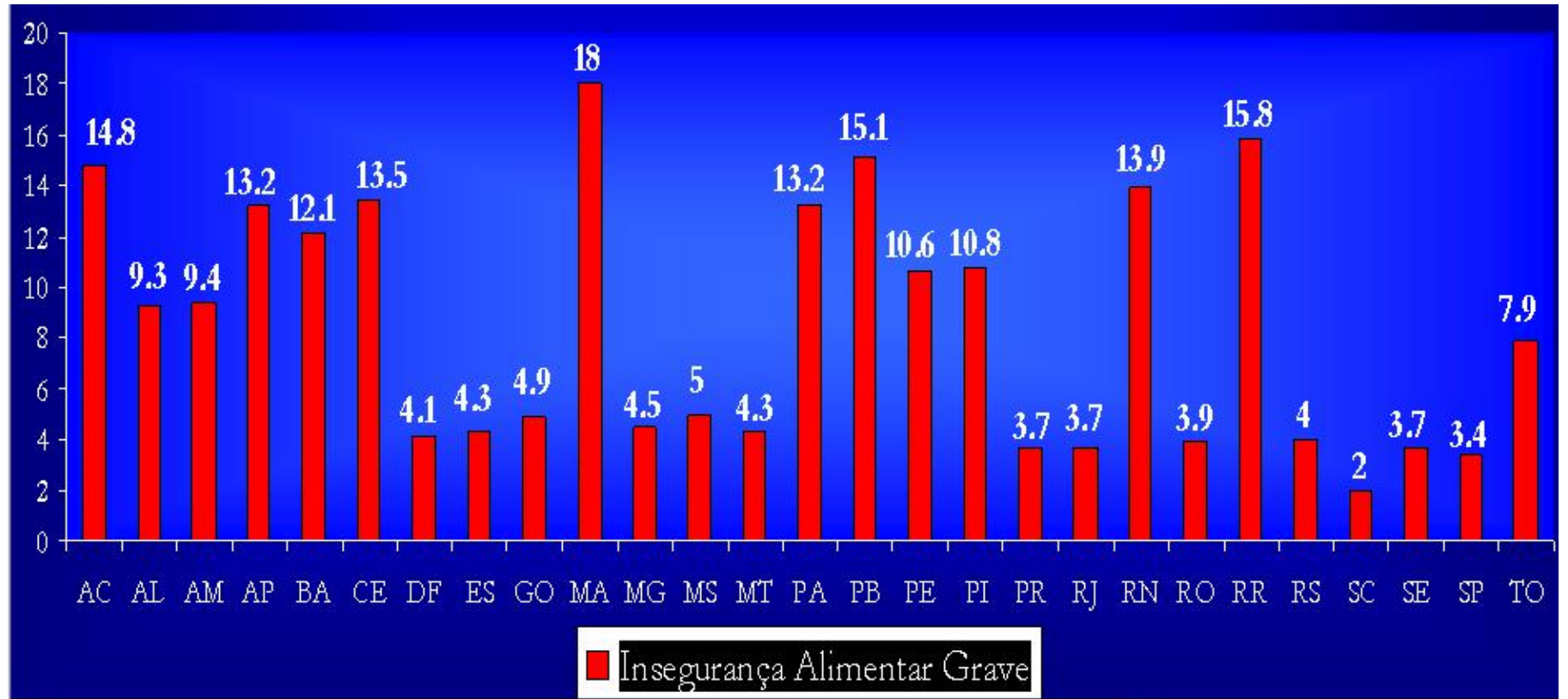


Figura 1 – Gráfico da Chamada Nutricional: Segurança Alimentar, Brasil 2005.

Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social, 2005.

Os dados da situação nutricional aqui apresentados são oriundos da Chamada Nutricional que avaliou além da segurança alimentar, a utilização celular dos alimentos aportados pela ingesta produzida pelos benefícios dos programas sociais, cujos resultados podem ser assim sistematizados. A Chamada foi realizada no semiárido que concentra 50% das famílias beneficiárias do Programa Fome zero e teve como amostra de sua avaliação as famílias beneficiárias dos programas sociais (Paa-Leite e Bolsa Família). No quadro 1 estão dispostos os resultados da evolução dos estudos nacionais e desta Chamada, onde se demonstra que :

- A gravidade da desnutrição foi reduzida significativamente na relação (peso x idade), em sinergia à sistematização e extensão dessas políticas sociais;
- o nanismo em termos da baixa estatura continua elevado, maior do que a gravidade e comprova a persistência da fome endêmica;
- a obesidade em bebês se revelou elevada, precoce e superior ao déficit de peso em relação à altura.

Quadro 1: Situação Nutricional da População Brasileira Segundo Estudos 1974- 2005

Inquérito e ano	Região	Déficit	Déficit	Déficit
		Altura para idade	Peso para idade	Peso para altura
ENDEF 1975	Nordeste	47,8	27,0	ND
PNSN 1989	Nordeste	27,3	12,8	2,4
PNDS 1996	Nordeste	17,9	8,3	2,8
Chamada Nutricional 2005	Semi-árido	6,6	5,6	2,8

Fonte: Chamada Nutricional, elaboração própria da UFRN/ DNUT, 2005.

ESCODA (2006) em Conferência sobre a temática de Segurança Alimentar e Nutricional elaborou a concepção sobre a contradição existente destes resultados da Chamada acima dispostos: “em nada guardam relação nem proporcionalidade com a gravidade da insegurança alimentar descritos pela própria Chamada cuja amostra populacional avaliada pelo estudo é a

mesma beneficiária dos programas sociais. Portanto, não deveria auferir índices tão elevados de desnutrição, sobremaneira com o recurso metodológico do instrumento de avaliação que foi utilizado, o padrão OMS o qual é indicado para classificação nutricional de população, em países de maior extremismo nas desigualdades e fome. Em nível internacional, não é pertinente nas avaliações que auferem rigor no desenvolvimento e estado nutricional de população como manifestação de excelência do desenvolvimento social “.

Em termos metodológicos, a relação de maior precisão nesta forma de avaliação consiste nos parametros de indicadores de estatura em relação a idade. Por expressar a otimização do potencial somático de crescimento e aferir com rigor científico a cronicidade e progressividade da fome endêmica. O contingente de famintos na PNAD é menos de um terço dos 44 milhões usados como base para a implantação do Programa Fome Zero, cujo cálculo indireto de elegibilidade foi, a partir da renda da linha de pobreza definida a partir desses dados. Neste caso, “milhões de brasileiros que estão abaixo da linha de indigência e sem dinheiro para consumir uma dieta de 2.200 calorias diárias é superior ao estimado pelo governo”⁹.

Esta linha de indigência sugere a redefinição de cobertura da população alvo que o governo estima em 55 milhões de pessoas. A pesquisa demonstra ainda que 48,3% das crianças de 5 até 17 anos residiam em lares com algum grau de insegurança alimentar: 50,5% na faixa de 0 a 4 anos. Faixa de maiores necessidades nutricionais com elevadas taxas de desnutrição, anemias e hipovitaminoses como causa básica ou associada às infecções e à mortalidade agravadas pelos insignificantes indicadores de cobertura de serviços de saneamento básico.

A extensão etária da fome mensurada nesta PNAD / Chamada Nutricional de 2005 diminui com a idade em função da capacidade de trabalho, de geração de renda, se duplica e triplica nas faixas inferiores e, na adolescência. As considerações presidenciais sobre a precisão desses dados da insegurança alimentar foram de contraposição com os dados da Pesquisa

⁹ Entrevista a respeito dos resultados citados concedida pela analista Lavinnas, da UFRJ, 26, ago., 2006.

de Orçamento Familiar – POF (2003): nos dados dessa pesquisa ficaram comprovados haver mais pessoas acima do peso do que com fome no país, 41% dos homens e 40% das mulheres demonstraram que o excesso de peso superou o déficit, oito vezes entre as mulheres e 15 vezes entre os homens. O equívoco nessa imbricação é de que a mencionada elevação do peso revelou boa situação nutricional da população. Trata-se da falsa nutrição dos pobres.

O que os dados dos estudos nutricionais neste país, historicamente reafirmam são os elevados níveis de cronicidade da fome endêmica e a redução de gravidade, com falsa manifestação clínica de peso e indicador de saúde. A obesidade das classes superiores é devida ao elevado consumo de alimentos de alto custo e baixo valor nutricional que inflam o peso por edema. Formado pelo líquido intersticial provocado pela osmolaridade produzida pelo metabolismo das chamadas calorias vazias oriundas dos farináceos e seus derivados, açúcares, infusões, gorduras trans e embutidos. Sobre os dados da insegurança alimentar no Brasil, o presidente do IBGE², na mencionada entrevista à imprensa maneirou:

O cenário não é a África, vamos deixar isso claro, embora no estágio mais grave seja identificada a fome, demonstração disso é que, em domicílios com renda per capita de até um quarto de salário mínimo, a insegurança alimentar moderada ou grave chega a 61,2%. Lares com rendimento superior a três salários mínimos per capita, isso só se aplica a 1%.

Registre-se que a dimensão da fome e sua reversibilidade dependem de indução estruturante, a partir de estratégias de desenvolvimento local e geração de renda e a ampliação e a melhoria da oferta de serviços públicos de saúde, saneamento e educação. A Chamada Nutricional foi uma iniciativa de avaliação do impacto desses programas e nesse sentido, o coordenador dessa chamada minimizou: e 6,6% das crianças com até cinco anos de idade na região Nordeste (que sofrem de desnutrição crônica / déficit de altura marcou 11 pontos percentuais a menos que o registrado em 1996), onde o percentual foi de 17%, na PNSN, conforme se demonstra na ilustração do (Quadro 1).

¹⁰ Entrevista concedida pelo Presidente do IBGE, à Imprensa em 28, ago., 2006

Em contraposição a esta análise, se coloca que para os mesmos achados dessa Chamada se aplicam ao padrão de classificação nutricional do NCHS, o contingente de desnutridos em sua gravidade e cornicidade, se elevam em duas vezes mais (ESCODA, 2006). Um dos fatores atribuídos à queda da desnutrição infantil é a melhoria na alimentação creditada ao impacto ao programa Bolsa Família, em regiões carentes do país. Corelacionando-se os resultados da PNAD com os dados alimentares e nutricionais da Chamada se observa que, quanto maior a renda da família maior é o consumo adequado de alimentos e menor é o índice de desnutrição infantil.

No estadiamento de classe realizado pelo IBGE, a classe "E" teve 10% das crianças que apresentaram quadro de desnutrição crônica, a classe "D" 6,8% e a classe "C" 2,5%. Entre as crianças que realizavam menos de três refeições por dia, o índice de desnutrição crônica chegou a 16,4% enquanto que as que afirmaram fazer mais de três refeições ou mais o percentual foi de 5,8%. Prognóstico dos avaliadores IBGE em termos dos efeitos dos programas de transferência de renda do governo com beneficiários do Bolsa Família foi o de que este atendimento fez com 62,1% das crianças de seis a 11 meses de idade não realizassem a desnutrição grave.

Neste caso, a redução do risco alcançado foi de 28,3% em crianças de 1 a 3 anos de idade e de 25,7% na população infantil, na faixa etária entre 3 e 5 anos. A mortalidade infantil que declinou desde 1994 continuou em curva descendente no período analisado, na mesma razão de proporcionalidade que a desnutrição. A explicação já discutida na introdução é que o declínio não reside apenas nas ações internas do setor social saúde.

Outras ações setoriais como a expansão de cobertura hídrica e ações integrais do saneamento básico aliadas na convergência de ações educativas e promocionais realizadas por ONGS. Os investimentos do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome na região do semi árido, em 2005 totalizaram R\$ 3,9 bilhões em recursos repassados aos programas sociais como o Bolsa Família .

O Programa de Assistência a Agricultores - PAA - destinou R\$ 190,7 milhões para adquirir o produto de 20 mil pequenos produtores entre 700 mil famílias diariamente e o Programa de Cisternas, R\$ 64 milhões para construção de 49 mil unidades para 200 mil pessoas. Esta conjunção de esforços comprova que a relação de renda e situação nutricional tem igual peso na relação com outros determinantes sociais como a terra e emprego no processo de produção social da fome endêmica.

A este respeito se observa que o salário como remuneração do trabalho se generalizou com o modo de produção capitalista quando o trabalhador expropriado dos meios de produção passou a vender sua força de trabalho no mercado. Catani (1983, p.72) avaliou que “[...] o trabalhador produz mais do que o preço do seu salário essa diferença entre o que ele produz e o valor do seu trabalho - a mais valia - é apropriada pela classe capitalista que detém os meios de produção e ele, a mais valia, é a substância de sua riqueza”.

Os antecedentes da avaliação nutricional da população brasileira revelam é que primeiro, as classes trabalhadoras assalariadas, com menos de três salários mínimos no Brasil constituem um contingente de 80% da população economicamente ativa. Outra consideração dessa questão é que o salário mínimo criado em 1938 é parâmetro que influencia a remuneração da mão de obra cujo poder de compra ou confisco na depreciação desse poder é induzido pela política econômica concentradora de renda.

O mapeamento da fome no Brasil se iniciou em 1933 com Josué de Castro com o seu alerta de gravidade da situação nutricional das classes trabalhadoras do Recife simultaneamente com Davis em São Paulo. Ambos correlacionaram os baixos salários com o consumo de alimentos, a fome e a desnutrição. À época, a economia brasileira vivia sua fase de crise da agroexportação em transição para o modelo urbanoindustrial acirrando o desabastecimento alimentar. O consumo nos principais centros urbanos do país não cobria na totalidade, as demandas nutricionais da população. Muller (1986, p.18) relata que “havia muita gente pobre que dependia da caridade alheia e que apresentava visíveis sinais de desnutrição”.

Outra afirmativa igualmente sem cabimento - tal como a do sucesso econômico e bem estar geral da população - na realidade material é a do caráter recorrente da fome, apesar da existência de garantias jurídicas constitucionais relativas ao poder de compra do salário mínimo e a Lei de Segurança Alimentar (11.346, set., 2006). A leitura da série dos boletins do Departamento Intersindical de Estudos Sócio Econômicos - DIEESE (1983, p. 54) que, desde 1959 analisa a evolução dos preços da cesta básica e o desgaste do poder aquisitivo dessa remuneração apontam que “em setembro de 1983 pela primeira vez, o custo total da ração essencial mínima, para um trabalhador adulto, superou o valor do salário mínimo”.

Estudos anteriores à PNAD, a pesquisa do padrão de vida alimentar da família do trabalhador assalariado realizada pelo Dieese (1969 e 1970 apud. Escoda, 1989) e o ENDEF (1974, no quadro 1) correlacionaram a menor renda do trabalho com o percentual comprometido com a alimentação de baixo valor nutricional. Famílias com rendimento de até 3,1 salários mínimos comprometiam 48,1% de sua renda com alimentação e deste percentual 70% com a compra de calorias vazias: infusões, açúcares, farináceos e derivados.

Outro dado relevante do Dieese relativo ao ano de 1983, (apud. Escoda, 1989) se refere à queda de consumo per capita dos alimentos básicos atribuída à redução do poder aquisitivo do trabalhador “obrigado a restringir a sua alimentação em razão da corrosão em seus salários. Assim a faixa de brasileiros sem possibilidade de consumir o suficiente em termos de calorias mínimas (2.240 cal), ampliou-se de 40% em 1963, para 65% em 1984”.

Os estudos dessa entidade sindical da década de oitenta, a chamada década perdida comprovam que o trabalhador brasileiro, já consome 100% do salário mínimo com a aquisição dessa pauta alimentar de baixo valor nutricional e esse salário atinge seu valor histórico mais baixo. Na medida em que o preço da cesta básica corre acima do salário, uma jornada de 240 horas mensais não cobre o custo da cesta em tempo de jornada x remuneração.

Em 1959, por exemplo, o trabalhador precisou trabalhar 85h e 05min para adquirir a cesta básica, em 1987, 208h e 05min. Um aumento de

219,72% na quantidade de horas de trabalho para a aquisição dos mesmos gêneros e um claro indicador da perda do poder aquisitivo do salário mínimo. O Dieese indica que o salário em junho de 2007 deve ser de R\$ 1.760,00 para que o salário trabalhador com uma família de 4 membros garanta, apenas a compra da cesta básica. Um déficit de 463,1% para este item. O desgaste salarial na depreciação na qualidade de vida pela precariedade da alimentação impeditivo às despesas com lazer, transporte, vestuário, habitação e medicamentos. Uma explicitação do salário não pago, com extração de mais valia absoluta e desgaste de energia não repostas.

O limite mínimo do salário é determinado pelo limite físico, ou seja a necessidade de manutenção e reprodução da classe trabalhadora. Esse limite físico todavia não significa a mera reprodução da vida orgânica, mas a reprodução do homem como ser social e político com determinações de necessidades historicamente construídas, atendidas às necessidades de classe e relacionando-as à esfera da produção social.

Os limites da remuneração em relação ao desgaste de energia não repostas que aqui se transcreve são de autoria de Baldijão (1979, apud. ESCODA, 1989, p.42-43) quem acrescenta:

O desgaste de energia é maior que sua reposição na força de trabalho, daí os baixos índices de saúde expressos na esperança de vida ao nascer dos trabalhadores que é de 20 anos menos que as classes não trabalhadoras e seus funcionários. O capital vem utilizando uma rápida sucessão de gerações famintas e de vida curta que mantém o mercado de trabalho bem abastecido, assim como uma série de gerações bem nutridas e de vida longa.

A política de concentração da renda e do PIB se comprova nos censos econômicos de 1960, 1970 e 1980 nos seguintes dados. Os 50% mais pobres que em 1960 participavam de 17,7% da renda nacional, em 1970 passaram a deter apenas 14,9%, em 1980 12,6%. A queda dos níveis do PIB do Nordeste em relação ao Sul e Sudeste, em 1950 era 12% e em 1980 passou para 5%. Os 20% mais ricos detêm uma parcela da renda cada vez maior de 1960 a 1980, 54,35%, 62,24% e 67%. Quanto mais a economia do

país se fortaleceu (em 1960 era a 45ª do mundo), mais concentrou a distribuição interna da renda e comprimiu os salários.

Ainda de autoria de Baldijão (1974) é a repercussão de avaliação anterior realizada por Kovarick segundo a qual, nem tudo aquilo que é bom para um sistema econômico, o é para significativas parcelas que nele vivem e produzem. A não inserção do consumo adequado de alimentos essenciais por significativas parcelas da população tem, em sua determinação a contundência da desigualdade do processo de desenvolvimento brasileiro. O ENDEF (1974) foi o maior e único estudo de consumo de amplitude nacional até hoje realizado no país. Registrou o baixo consumo alimentar de 1.900 cal. por 70% da população, 2/3 das famílias com renda inferior a três salários e, 70% dos pré escolares com alguma forma de desnutrição.

Em resumo, do peso da questão alimentar e nutricional comprovados nas formas da má nutrição na associação de 82% das internações hospitalares por infecções de veiculação hídrica são dados do estrangulamento da atenção básica em saúde. Agravado pelas internações produzidas pela sinergia da Obesidade x hipertensão x diabetes sequelante, com amputação de membros inferiores. (MS/DAB/SIAB, 2006).

3.4 Saneamento Básico e Desigualdades Epidemiológicas

O déficit de saneamento básico na população é o mais grave dos déficits que comprovam as desigualdades sociais em termos das condições materiais de vida. Significam até 80% entre os mais pobres, segundo os resultados e análises: PNAD, 2004; FUNASA, 2003 a 2006 (apud. ESCODA, 2005) e (Escoda et al, 2006). Entre 1990 e 2004 a proporção de domicílios permanentes com acesso à coleta de esgoto se elevou em 3,5%, na expansão de 71% para 75% entre 2003 e 2004. O total de domicílios atendidos pela rede coletora de esgoto ou, por fossa séptica classificadas como formas de saneamento adequadas tem um déficit de 50 milhões neste período.

Segundo dados do site do Ministério das Cidades - MC (BRASIL, 2006e), em 2007 o déficit de esgotamento é de 30 milhões. 15 milhões Não têm água pela rede formal, na significância de 1/3 da população brasileira que habita 40% dos domicílios formais. Os indicadores de cobertura das ações de saneamento básico, em todas as suas dimensões demarcam iniquidades abismais em saúde, por classe social e região, nos dados que se seguem. Dos domicílios permanentes 7,5 milhões não tinham banheiros domiciliares e 3,7 destes domicílios, sem qualquer artefato de instalação sanitária, onde reside um contingente de 45 milhões de famílias.

A rede de esgotamento sanitário cobre 80% dos domicílios no Sudeste; 41% no Centro-Oeste; e 30% no Norte e Nordeste com a insignificante cobertura de 12% a 0 %, para dezenas de municípios. A baixa cobertura dessa ação em nível nacional ocorre em paralelo à desaceleração dos investimentos no setor. A a cobertura nacional de 75% da rede formal de distribuição de água ocorre, sem tratamento sistêmico e permanente. Déficit que associados às formas de má-nutrição resultam nas elevadas taxas de internações hospitalares.

As questões de financiamento ao setor se complicam na duplicidade de fontes e de gestão das ações realizadas em operações triangulares, no pós financiamento das ações municipalizadas sem a devida regulação social e institucional. Ações que demandam investimentos de grande porte, a longo prazo e baixa taxa de retorno, difíceis de compatibilizar com a lógica de operação estritamente privada que indicam que alguma participação, direta ou indireta de recursos públicos são necessários. Com a delimitação de níveis de competência na gestão dos serviços e novos arranjos organizacionais.

A obrigatoriedade do setor público na indução de obras de infra estrutura do país com ênfase nos transportes, energia e saneamento pelos impactos sociais nas condições de saúde está à margem da agenda de prioridades efetivamente integradas pelas políticas públicas. Os níveis de acesso a esgotamento, coleta de lixo e água estagnaram ou diminuíram entre 2003 e 2004, para as famílias com renda per capita até meio salário mínimo, na média das dez principais regiões metropolitanas.

O ritmo dessa desaceleração no investimento e no crescimento setorial têm velocidade menor do que existiu em anos anteriores e situa o saneamento como o serviço público de menor cobertura no país, o qual no ritmo atual, só atinge a universalização em 25 anos. O setor do saneamento básico necessita implementar novo marco regulatório com definição de outorga de concessões na relação estados e municípios que possibilite atração de investimentos e planejamento. O governo contesta as análise da UFRJ sobre a PNAD de que houve queda nos investimentos federais em saneamento básico no sentido de que a pesquisa considerou como alocação de investimentos apenas os dados do orçamento da União. Ministério das Cidades - MC (BRASIL, 2006e).

A função saneamento do orçamento da União não reúne todos os gastos federais em saneamento realizados pelo governo federal. A principal fonte de recursos não onerosos da União em saneamento, por exemplo, está classificada na função Saúde (45% do total), pois são recursos aplicados pela Fundação Nacional de Saúde.

O porta voz ministerial argumentou que não foram contabilizados os investimentos feitos pela União dos recursos do FGTS e do FAT entre 2003 e 2005 na ordem de 54% do total de recursos Federais aplicados no setor. Neste caso, os recursos federais aumentaram de R\$ 739 milhões em 2003 para R\$ 1,4 bilhões em 2005. Falsa polêmica porque, os recursos analisados se referem a todas as fontes, as quais constam no Sistema de Administração Financeira - SIAF, base empírica da análise UFRJ.

Sobre a queda no número de domicílios mais pobres com rede de esgoto ou com fossa séptica, a ressalva apresentada foi “que não tem como avaliar esse dado sem uma análise mais criteriosa do estudo”. (BRASIL, 2006e) A maior parte dos recursos para a área de saneamento é feita por meio de empréstimos da União aos estados às empresas de saneamento dos governos estaduais e aos municipais. “podem estar priorizando o atendimento de segmentos com maior retorno econômico de investimentos, não obstante os esforços deste e de outros governos para minimizar este procedimento”. (BRASIL, 2006e).

Acrescentou o porta voz que no processo de favelização “[...] a população mais pobre apresenta maior mobilidade espacial, portanto, torna-se mais difícil garantir saneamento a esta parte da sociedade, mesmo investindo em áreas carentes fixas e identificáveis”. (BRASIL, 2006e.). Os dados da PNAD comprovam que o saneamento piorou para os mais pobres: os domicílios com rede de esgoto ou fossa entre os 40% de menor renda no Brasil caíram de 59% para 55% entre 2001 e 2004. Em 2006, a expansão de cobertura de mantém na relação inversamente proporcional das ações de saneamento e a expansão imobiliária com favelização.



Figura 3 – Valão da favela da Rocinha, Rio de Janeiro.

Foto: Ana Carolina Fernandes/Folha Imagem

Os investimentos federais em saneamento caíram entre de 2001 e 2004 e se expandiram em 30% nos programas de transferência de renda. O gasto federal, estadual e municipal com saneamento básico e habitação recuou em 45,8% nos quatro anos anteriores à PNAD. Ocorreu uma queda na proporção de domicílios entre os 40% mais pobres do país com acesso à rede de esgoto ou fossa séptica, na ordem de 59%, em 2001, para 55%, em 2004. O baixo volume no financiamento em estrutura, a má gestão de serviços e ações de saneamento, não podem ser creditados apenas ao governo federal.

Os Estados e municípios diminuíram seus gastos no setor, por exemplo, ao elencar os investimentos das prefeituras de 3.909 cidades e dos governos estaduais em saneamento se comprova que eles declinaram na mesma proporção, 18%, de 2002 a 2004. Se considerar o total de domicílios e não apenas os 40% mais pobres, o quadro se mantém inalterado no período e eleva a cobertura em apenas 1%: 72% para 73% dos domicílios com rede de esgoto ou fossa séptica:

Em quatro anos, o quadro é de estagnação patente. A pequena melhora registrada na média brasileira beneficiou a população não-pobre, uma vez que os domicílios abaixo da linha de pobreza do Bolsa-Família, R\$ 100 de renda média per capita, ou aqueles situados nos quatro primeiros décimos da distribuição revelam ligeira deterioração em termos de cobertura de dois serviços públicos básicos em rede de esgoto e coleta de lixo. (Lavinnas, UFRJ, em 26, ago., 2006)

No caso da coleta de lixo para o total da população, a proporção de domicílios que se utiliza desse serviço cresceu de 83% para 85% entre 2001 a 2004 entre os 40% mais pobres com a queda de 71% para 70% nos domicílios com renda superiores. Os dados de diminuição ou estagnação dessa forma de cobertura demonstram uma incapacidade do poder público na gestão da coleta, da disposição dos resíduos sólidos em todo o país e, do crescimento e adensamento urbano das grandes cidades.

A rede de esgoto instalada não expande em cobertura significativa porque é inversamente proporcional ao aumento no número de domicílios em áreas precárias. Esse dado comprova não apenas a ausência de rede de esgoto em milhares de domicílios, mas um quadro de expansão populacional em áreas de saúde pública precária, como favelas e cortiços. As análises efetuadas não se restringem a um mero mapeamento da situação de saneamento entre os mais pobres.

Os dados e análises revelam que o crescimento da renda dos mais pobres - em parte efetuado pelas transferências de renda dos programas sociais - se deu na medida dos aumentos em investimentos setoriais, em ações estruturantes às condições materiais dessa população. A expansão da rede de esgoto e da coleta de lixo comprovam que onde o investimento público (pelas necessidades sociais e epidemiológicas é fundamental) não houve expansão das ações desse setor.

As desigualdades epidemiológicas nas formas de adoecimento, de assistência à saúde e de morte são uma extensão biológica das desigualdades sociais. Dados e discussões dessa extensão em saúde foram produzidos por Barata (1997, 2006), Travassos (2000), Organização Mundial da Saúde (2006)

e Freese et al. (2007). Este autor realizou o estudo mais recente dessa temática e corroborou a combinação, complexificação e extremas desigualdades que se encerram no perfil epidemiológico da população brasileira, socialmente delineado em sua determinação.

A opção deste trabalho em discutir a questão epidemiológica seguida do acesso à assistência de alta complexidade em transplantes de órgãos é estratégia metodológica justificável pela sinergia entre os processos que ocorrem nos dois extremos do adoecimento e déficits da assistência à saúde. Os socialmente desiguais adoecem e se hospitalizam com mais frequência por causas evitáveis. Mesmo as inevitáveis - como as doenças de ordem genética, hereditária e crônico degenerativas - a situação de classe condicionam a assistência integral / equânime, ou não no acesso ao cuidado contidas no binômio da renda / equidade em saúde, no acesso à média e à alta complexidade. No subitem seguinte, o nível de abordagem dessa complexidade é o do acesso aos transplantes de órgãos.

Em retorno ao descrito quanto às divulgações internacionais sobre a situação de saúde, como ocorrido com a pesquisa OMS realizada em 2000, o estranhamento institucional foi também, do não reconhecimento dos dados. Nesse caso, conforme relatado, a OMS reformulou seus questionários para a pesquisa realizada em 2003 e divulgou os resultados no ano seguinte. Dos dados principais se destacam o número de dentes perdidos pela população, em termos de 14,4% e o diagnóstico de depressão obtido por 19,3%.

Este indicador de saúde bucal foi comprovado anteriormente em maior percentual de prevalência, em estudo internacional realizado na década dos anos setenta: no índice de dentes cariados, perdidos e obturados, tecnicamente chamado CPO. No estudo internacional, o Brasil foi rankiado com a quarta maior taxa dessa prevalência, atrás apenas do Alaska, Etiópia e Chile. Observe-se que o índice de prevalência desses países teve sua etiologia relacionada ao elevado consumo de açúcares cariogênicos e de tabaco. No caso brasileiro, a etiologia correlacionou a prevalência com o consumo de açúcares associado ao baixo acesso à assistência odontológica.

No estudo OMS, 2003, o ranking de desempenho do sistema de saúde como um todo expressado nos índices de satisfação dos usuários com relação à resolubilidade de suas queixas em saúde remarcou as iniquidades dessa assistência aos brasileiros.

O estudo de Freese et al (2007) foi divulgado pela ABRASCO com a chamada: “Brasil ainda é um país de graves desigualdades epidemiológicas” . Teve como objetivo conhecer o processo de transição epidemiológica ocorrida em diversos países e continentes. Intitulado “Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade” e foi desenvolvido pelo Centro de Pesquisa Ageu Magalhães - CPqAM, unidade da Fiocruz em Pernambuco, e pelo Instituto de Pesquisa pelo Desenvolvimento - IRD da França. Na pontuação utilizada, o Brasil foi classificado como um país, cujo perfil epidemiológico é de extremas desigualdades:

[...] embora o país tenha conseguido elevar alguns padrões básicos de bem-estar social, como a expectativa de vida, a mortalidade infantil e a qualidade da nutrição, ainda precisa investir em políticas de saúde, sociais e econômicas para alcançar um bom patamar de saúde coletiva. (FREESE et al., 2007).



Figura 4 – Crianças transitam por rua com lixo e lama em favela no RJ.

Fonte: Folha Imagem, 2006.

As análises do estudo CPQAM aprofundam e refletem a correlação dos processos da morbimortalidade descritos anteriormente no perfil epidemiológico apontado pela OMS, além de estudos pontuais e reflexões de outros autores dentre os que foram aqui referidos. A combinação caracterizada no perfil epidemiológico descrito por Freese et al. (2007,) tem as marcas estruturais que crivam as desigualdades sociais:

[...] por apresentar diferenças acentuadas entre as classes sociais, o Brasil mostra-se como exemplo de um perfil de desigualdades: um quadro de expansão das doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial, o diabetes, as doenças cardiovasculares e os vários tipos de câncer, enfermidades que figuram como as principais causas de morte nas capitais brasileiras; taxas de prevalência e mortalidade muito altas para algumas doenças infecciosas transmissíveis, como a tuberculose, a hanseníase e a esquistossomose, passíveis de controle ou erradicação. Por outro lado, doenças evitáveis por vacina, como a coqueluche, a difteria e a febre amarela, foram erradicadas, estão sobre controle ou se encontram em redução acentuada.

Para reversão deste quadro, a proposição foi: “[...] só a aplicação de recursos em infra estrutura, geração de emprego, além de políticas educacionais, de saúde e de saneamento, poderá garantir que chegaremos a uma melhor situação de saúde da população, a um estado de bem estar”. (FREESE et al., 2007). Os dados reunidos permitiram a elaboração de uma metodologia que permite classificar os perfis epidemiológicos dos países e continentes em três tipos: arcaico, moderno e de desigualdades. Seguindo essa classificação, o perfil arcaico ou atrasado, também chamado de tradicional, se caracteriza pela alta mortalidade infantil, baixa expectativa de vida e predominância das doenças transmissíveis sobre as crônicas não transmissíveis. Em populações de IDH e renda per capita baixos.

Alguns países da América Latina, como Guatemala, Honduras, Bolívia e grande parte dos países da África: Gana, Nigéria, Etiópia e Somália, encaixam-se nesse perfil. Países como Alemanha, França, Canadá, Estados Unidos, Dinamarca, Suíça e Japão, de renda per capita e expectativa de vida elevadas e baixa taxa de mortalidade infantil são tipificados como modernos.

Neles, predominam as doenças crônicas não-transmissíveis: hipertensão, diabetes, osteoporose e as doenças neurológicas.

As doenças transmissíveis foram controladas ou erradicadas nesses países. Além do Brasil, o perfil de desigualdades também compreende países como Argentina, México, Colômbia, Turquia, Líbano e Costa Rica, entre outros. Todos são marcados por profundas desigualdades sociais, políticas, financeiras e culturais no seio de suas sociedades. Os perfis estão em constante movimento como destacam os autores da pesquisa, Freese et al. (2007) considera que:

[...] Mesmo o perfil moderno não está isento de contradições. Novos desafios estão colocados para o poder público e para os serviços de saúde, como o envelhecimento populacional, as desigualdades entre os imigrantes e a população local e as doenças emergentes, como o abuso de drogas, a síndrome do pânico e o mal de Parkinson"... ressaltou o coordenador da pesquisa. O estudo foi publicado como capítulo do livro Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis, lançado recentemente pelo CPQAM e que reúne os resultados de 17 trabalhos de pesquisadores do Centro e colaboradores.

Na ponta extrema da assistência básica em saúde, o acesso à chamada alta complexidade aos transplantes de órgãos, objetivo específico do projeto de pesquisa originário de tese, se apresentam: resultados de auditoria do Tribunal de Contas da União - TCU realizada em 2005 e levantamento interno do MS divulgados em site institucional. Os dados indicam que as desigualdades nesse nível da assistência, no que se refere aos processos de hierarquização da lista de espera não se apóiam em critérios médicos que comprovem os riscos epidemiológicos.

Segundo as conclusões desse relatório de auditoria, o sistema nacional de transplantes de órgãos é sujeito a fraudes na lista de espera que pode ser facilmente alterada a ordem de inscrição; nas centrais estaduais, há desorganização e falta de segurança nos sistemas de informática; não há explicação por exemplo, porque doentes que constam nos primeiros lugares da lista não foram chamados para o transplante. Consta no relatório dessa

auditoria que os processos, em termos de recursos alocados e procedimentos realizados, ainda não garantem o acesso transparente dessas necessidades. A lista de atendimento estabelecida no Decreto de n.2.268, de junho de 1997, não tem o devido rigor de controle institucional quanto à sua execução.

Em maio de 2005 os dados dão conta de que dos 62.785 doentes que aguardavam a sua vez, esse tribunal concluiu que a “a eficácia do Programa de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e de Tecidos estava comprometida”. O levantamento interno do Sistema Nacional de Transplantes - MS comprovou que 61% dos inscritos não têm indicação para a cirurgia. De acordo com os dados desse sistema, o programa nacional de transplante significou em 2007, 800 milhões de reais e teve seus procedimentos acrescidos em 44% em seis anos. De 56,41 transplantes por milhão de habitantes em 2001 saltou para 81,09.

A expansão ocorrida se deu em maioria no Nordeste, cujo aumento foi de 8% para 13% no período e, na Região Norte de 0,02% para 1,445. Em discussão sobre esses dados se afirma que menos uma direção de equidade na assistência no sentido de reversão de desigualdades regionais em saúde esses registros comprovam é o reflexo dos déficits que ocorrem na assistência básica destas Regiões. Discussão respaldada nas provas dos resultados ELB disponíveis no capítulo 5 deste trabalho.

Déficits nos gargalos da assistência que produzem os agravos sociais e biológicos em danos à saúde na composição da morbimortalidade (nas formas de adoecimento e da assistência que sequelam/lesam e matam), tais como: as doenças renais, oftalmológicas e hepáticas. Nestes eventos, a etiologia é desde a ordem genética e hereditária aos agravos pelos baixos níveis de saneamento ambiental aliados aos “*gap*” da assistência à saúde, por exemplo a sistosomose e outras doenças de veiculação hídricas causadas pelos baixos níveis dessa estrutura sanitária.

O SUS financia todos os tipos de transplante no Brasil. País que detém atualmente o maior sistema público de transplantes do mundo cuja ordem de demanda dos cidadãos é o rim (34.108), córnea, (24.611) e o fígado, (6.452).

A fala do usuário Aguinailton Ribeiro de Souza, aposentado, 42 anos e há 11 meses na fila do transplante de rim em São Paulo explicita suas dificuldades nesse acesso: “cada vez que o telefone toca, penso que chegou a minha vez”. (DELGADO, 2006, online).

Em 2005, a família do garoto Antonio, que morreu aos 9 anos, não conseguiu doar o coração do menino em razão da confusão entre as centrais. A morte ocorreu no Rio. A central não tinha receptor para o órgão e também não houve comunicação para oferecê-lo a outros Estados. (DELGADO, 2006, online).

O Ministério da Saúde alterou em 2006 os critérios que norteiam a distribuição de fígados na fila única de transplantes. As vinte e duas centrais estaduais refizeram em 2007 as alterações de suas normas para substituir o critério cronológico pelo de gravidade do caso. No transplante hepático, a mudança de critério eliminou a demanda artificial. Segundo Delgado (2006, online), “os sistemas em uso não registram os motivos pelos quais um paciente que tenha constado nos primeiros lugares das listas geradas para alocação de órgãos não foi selecionado”.

A norma técnica em uso pelo MS para determinar gravidade é o Model for End-Stage Liver Disease – MELD. Utilizada nos Estados Unidos da América desde 2001, trata-se de modelo matemático que se utiliza de três exames laboratoriais (dos níveis sanguíneos de creatinina e de bilirrubinas e, o tempo de protrombina), na pontuação progressiva de prioridade, para cada paciente. A adoção do Meld pretende organizar esse nível de acesso da assistência para elevação do número de transplantes que são requeridos e redução das queixas de espera, com base em risco epidemiológico.

Além da adoção de procedimentos na captação de órgãos, investimento em pesquisas com células tronco para dentre outras finalidades, para não tornarem obsoletos, os transplantes de doadores cadavéricos. A adoção desses critérios possibilita a equidade nessa forma de assistência, na medida em que o procedimento médico atende aos iguais com base em

critérios médicos de morbidade, independente de classe, região, de lógica corporativa ou clientelista.

3.5 Acesso à Justiça e Gestão de Políticas

O acesso à justiça tem especificidades na correlação com desigualdades além da classe social, a côm. Segundo pesquisa de opinião do IBOPE, as categorias profissionais e instituições que obtiveram melhor imagem pela população foram: os médicos com 81%; a Igreja Católica (71%), as Forças Armadas (69%) e os jornais (63%). O Poder Judiciário surgiu no 11º lugar da lista com 45% de positividade na opinião popular seguida da televisão, das emissoras de rádio, das igrejas evangélicas e dos sindicatos de trabalhadores. A imagem institucional desse ente sugere ter ligação direta com a forma como ela se apresenta e a percebe a população. Sobre os resultados da pesquisa, presidente de tribunal de justiça, em entrevista divulgada na mídia sentenciou:

O discurso sobre a justiça foi apropriado não só pela classe política, mas também pela mídia. Quando programas de TV e rádio cobram justiça, isso provoca na sociedade a expectativa de que ela pode ser feita de uma maneira muito rápida, que se esgote durante o tempo do programa. Mas não há ali nenhuma dimensão do que realmente é um processo judicial. O censo comum não é capaz de perceber que esses programas são farsas e não podemos exigir que a sociedade tenha conhecimento de como se dá o trâmite judicial. (MANZANO; SCARCELLI, [200_], online).

Dado relevante dessa pesquisa foi o achado no qual, grande parte da população não tem acesso efetivo aos recursos jurídicos que garantam seus direitos mínimos. Os desvios de gestão que permitem tratamentos diferenciados são avaliados como distorções que das próprias leis em suas brechas jurídicas acrescidas do caráter revisionista desse poder. O entendimento de outro gestor do judiciário é de que, não existem diferenças de tratamento no judiciário:

A diferença no tratamento de réus é um mito alimentado pela opinião pública e por formadores desta opinião. O juiz julga com base nas provas que estão nos autos dos processos, seja o réu um ladrão de galinhas, seja um milionário, e

interpretando o que está na Lei. É claro que o milionário terá como contratar melhores advogados que o ladrão de galinhas, mas aí já se trata de uma questão socioeconômica, não jurídica". (MANZANO; SCARCELLI, [200_], online).

As mudanças nos dispositivos jurídicos brasileiros sobre os direitos constitucionalmente estabelecidos e o efetivo exercício da cidadania no acesso à Justiça continuam assim como a sociedade, desigual. Os exemplos a seguir são aleatórios e têm o objetivo de ilustração desse quadro, também tingido pela cor e a classe social.

Exemplo 1:

Em 28 de outubro de 2002, Euclides de Araújo Valério, de cor negra passeava entre as gôndolas de um hipermercado na zona leste de São Paulo. Em certo momento desejou um rolinho de espuma para pintura: escondeu-o sob a camiseta e tentou sair do mercado. Foi descoberto por funcionários, indiciado e julgado. Somente as 150 folhas que compunham o volume do processo penal - caso fossem apenas páginas em branco, compradas em uma papelaria - custariam em média, R\$ 3,50. O rolinho de espuma que Valério escondeu sob a blusa custava, naquele dia, R\$ 1,67. Três anos e cinco meses depois, Euclides foi inocentado. (MANZANO; SCARCELLI, [200_], online).

Exemplo 2:

Em 31 de outubro do mesmo ano, Suzane von Richthofen, seu namorado Daniel Cravinhos e o irmão dele, Christian assassinam Manfred e Marisa von Richthofen. Suzane alegou ter participado do crime por amor ao namorado, relacionamento desaprovado pela família de cor branca e de classe alta. A batalha jurídica, da exposição dos detalhes do homicídio aos entraves e recursos do julgamento. Ré confessa, Suzane esperou, ora em prisão preventiva, ora em liberdade o júri popular depois do adiamento pela ausência de uma testemunha e pela recusa de seu advogado de defesa em permanecer no tribunal. (MANZANO; SCARCELLI, [200_], online).

Dois crimes, dos quais, um representa as evidências da exceção e da regra. Com regras e exceções, a justiça brasileira tece a malha de tratamento desigual entre personagens que remetem às estórias literárias dos desiguais como Raskólnikov de Crime e Castigo, do escritor Dostoiévski, ou Joseph K.,

em O Processo, de Kafka. O poder judiciário foi mal avaliado pela população, em função dos processos estacionados, decisões contestadas nos ritos processuais procrastinatórios em privilégios e condescendência a uns, rigidez e disciplina a outros. Sinais de uma sociedade historicamente injusta.

É plausível considerar que as mudanças ocorridas nos dispositivos jurídicos brasileiros nas duas últimas décadas avançaram significativamente a universalidade no acesso. Houve atualizações de importantes códigos como o Civil e o de Processo Penal, do Código de Defesa do Consumidor, o Estatuto da Criança, do Adolescente e do Idoso além da Lei de Execuções Penais e o controle social no SUS. Mesmo assim, o desnível no acesso entre as classes sociais atinge elevados índices dos quais ricos e pobres, sob a mesma lei, se confrontam desigualmente com o rigor da Justiça.

De acordo com Farias apud (MANZANO; SCARCELLI, [200_], online), as especificidades demográficas descritas evidenciam como a inversão do perfil de assentamento populacional rural-urbano e a precária urbanização geram nova dinâmica nas relações sociais que, não se adequam a nova ordem social regulada por leis da segunda metade do século passado.

Os “excluídos” são absorvidos pela criminalidade e o Estado se aproxima deles na forma da lei. Faria na mesma matéria explicita que a questão não reside na estrutura social e processual do judiciário: “o resultado é uma série de distorções em cadeia que fazem com que presos de baixo potencial ofensivo se misturem aos de alto potencial ofensivo e disso resulta um sistema penal que vai explodindo”.

Ricos e pobres, debaixo da mesma lei, experimentam de maneira diferenciada o rigor da Justiça. Para cada Suzane na cadeia, há milhares de Valérios. Não é possível, no entanto, interpretar esse fato apenas a partir de uma idéia geral de luta de classes. A inversão populacional, que migra da zona rural para os centros urbanos e gera uma nova dinâmica nas relações sociais, não pôde ser plenamente compreendida pelas leis que foram elaboradas antes da segunda metade do século passado. Afastados da economia formal, muitos migrantes são absorvidos pela criminalidade. O Estado só chega até eles na forma da lei. "O resultado é uma série de distorções em cadeia que fazem com que presos de baixo

potencial ofensivo se misturem aos de alto potencial ofensivo e disso resulta um sistema penal que vai explodindo", lamenta Faria. (MANZANO; SCARCELLI, [200_], online).

As interpretações sobre as questões de direito no país têm os distintos tons e nuances de classes do século dezenove. Secundando Germano (2002), o presidente da OAB, Seção SP, Luiz Antônio de Souza, falou:

[...] a sociedade não trabalhou com a herança da escravidão, o grupo que hoje é a maioria, dos não-brancos, sofre essa brutal herança de não ter acesso às garantias mínimas da Sociedade de Direito. A justiça funciona melhor em sociedades igualitárias e como não temos uma sociedade igualitária, teríamos de espera. O diagnóstico tende a ser ainda mais pessimista. Boa parte dos cidadãos brasileiros continua achando que a justiça serve para atender aos interesses do Estado e dos poderosos. Isso é uma ameaça séria à democracia. Se essa situação perdurar, os brasileiros podem ser contrários à democracia. (MANZANO; SCARCELLI, [200_], online).

A admissão de representante dessa ordem se amplia no reconhecimento de que os desvios da justiça residem na estrutura social e institucional. Luiz Flávio Borges D'Urso, presidente da OAB - SP, esclarece: "o problema da Justiça brasileira não está nos advogados, o problema é crônico. Temos uma situação de deficiência legislativa e uma deficiência gravíssima na máquina do Judiciário". (MANZANO; SCARCELLI, [200_], online). Já a percepção do professor José Eduardo Faria sobre a natureza desse poder é de ineficácia da justiça:

[...] em um país tão desigual como o Brasil, não se pode trabalhar com uma norma que seja válida para todos. Em função da complexidade da sociedade, o juiz tem de ser flexível para dar tratamentos diferenciados às situações multigerenciais, mesmo quando o crime é o mesmo. (MANZANO; SCARCELLI, [200_], online).

Marcelo Semer, juiz titular da 15ª Vara Criminal de São Paulo e presidente do Conselho Executivo da Associação de Juízes para a

Democracia, alinhado com uma geração de magistrados mais sensíveis à realidade brasileira, afirma que:

Juízes, promotores e advogados são formados em um pensamento positivista, que entende o sistema como neutro, sem valores, mas esse é um sistema obviamente furado, não existe uma engrenagem perfeita e neutra. Temos uma cultura de profunda desigualdade social, onde algumas pessoas têm mais direitos que outras. E tudo o que é desigual é mais importante que aquilo que é igual, e nosso sistema jurídico como um todo reproduz a desigualdade social existente no Brasil, que é mais gritante que em outros países. O sistema Judiciário não é apto a reduzir essa desigualdade. (MANZANO; SCARCELLI, [200_], online).

A concepção progressista na gestão de políticas aqui adotada impõe que a governabilidade setorial onde se insere a política de saúde, se exerça além da regulação institucional, com a regulação social. No SUS é princípio organizativo nominado de Controle Social. Considere-se ademais o devido imbricamento existente entre o não amadurecimento da sociedade civil que se comprova no incipiente exercício de cidadania e de regulação social no acesso à justiça e na gestão de políticas públicas exercido neste país.

Postos estes condicionamentos, se inicia esta breve discussão sobre essa forma de intervenção nas questões sociais com a reafirmação do presidente IBGE. Este reconheceu a existência de um longo percurso para que se aproxime da equidade de renda neste país. “A distribuição tem evoluído ano a ano, mas num ritmo ainda muito lento. A concentração de renda aqui ainda é muito elevada para países de renda (PIB) compatível com a do Brasil”.

Para João Sabóia (2006), diretor do Instituto de Economia da UFRJ, a política de redistribuição de renda segue seu curso de redução gradual.

Ainda que tenha ocorrido em razão da perda dos mais ricos, o ideal seria que o índice de Gini melhorasse com todos ganhando, mas com os pobres ganhando relativamente mais do que os ricos. Mas também não é ruim que os mais ricos tenham perdido um pouco. De todo modo, é um processo de redistribuição de renda. Mesmo que a distribuição tenha melhorado, a renda ainda é muito concentrada no Brasil. Poucos países do mundo ainda têm um grau de concentração como o nosso.

Neste sentido, se inclui o entendimento do qual essa melhora na distribuição de renda somada ao aumento do salário mínimo e à ampliação da massa de salários significa uma tênue diminuição na redução da pobreza já que o emprego cresceu, ainda que a renda tenha ficado estável deve ter impacto sobre a redução da pobreza no Brasil.

As dualidades contidas nessa redução se crivam no dado de que a renda financeira dos mais ricos subiu 66%, enquanto a renda do trabalhador 19%. Ambos beneficiados por altas taxas de juros dos quais os aplicadores no mercado financeiro têm ganhos reais superiores aos dos assalariados e dos que são atingidos por programas sociais enquanto o setor público gasta com juros o dobro do que aloca em recursos nos programas sociais como Bolsa Família e benefícios subsidiados da Previdência. Nos dez anos anteriores, os ganhos obtidos pelos mais ricos em juros, lucros, aluguéis cresceram em ritmo 4,9 vezes acima do crescimento da renda do trabalho. .

Sobre esta dualidade na prioridade social, Pochmann (2005, p. 8-11) entende que:

[...] os números revelam não ser exatamente verdade que o governo Lula faz uma opção só pelos pobres. Hoje, os R\$ 80 bilhões que o governo gasta com 30 milhões de benefícios subsidiados totalmente (como o Bolsa-Família) ou parcialmente (alguns itens da Previdência) equivalem à metade do que todo o setor público compromete para pagar em juros de sua dívida. Devido os altos juros, os R\$ 474,6 mil, rende mais de dez salários mínimos por mês se estiverem aplicados a uma provável taxa de juros mensal ao redor de 1%. Os juros pagos aos rentistas se aproximam do que se arrecada em impostos.

Em 2005, a carga tributária atingiu 36,5% do PIB e a carga financeira apropriada por estes investidores foi de 32%. Pesquisa de opinião pública com eleitores a aprovação foi de 49%, em relação à economia.

Desde 94, nunca foi tão baixo o percentual de eleitores que reclamam do seu atual poder aquisitivo; política "pró-pobre" reduz investimento em obras; o governo Lula produz uma melhora considerável na classificação econômica dos eleitores

a partir de 2003; cerca de 6 milhões de eleitores saíram da classe D/E; a maioria migrou para a C; praticamente a metade dos 125,9 milhões - 49% - de eleitores considera que sua situação econômica vai melhorar; houve um aumento no consumo, sobretudo de alimentos do qual 37% dos eleitores passaram a consumir mais desde 2003. (POCHMAN, 2005, .

A citada pesquisa inquiriu além desses dados de percepção sobre a situação econômica, hábitos de consumo, nível de renda, posse de bens, condições de moradia, grau de escolaridade do chefe da família e participação nos programas sociais do governo. Do cruzamento de estudos entrelaçados a pesquisa agrupou os entrevistados em três classes: A/B, 48% com a renda familiar mensal superior a cinco salários mínimos. C, 68% de renda com até três salários mínimos e, D/E (86% têm renda de até dois mínimos).

Nesta variável, um dos principais resultados foram que o total de eleitores na classe D/E diminuiu de 46% para 38% entre outubro de 2002 e 2006. A classe C passou de 32% para 40% e, a classe A variou de 20% para 22%. As classes D/ E e C concentraram nas maiores taxas de intenção de voto em Lula com: 54% e 44%; contra 34% no estadiamento A/B. Sobre a participação em programas sociais do governo como o Bolsa Família, os beneficiários referiram os maiores aumentos de consumo em alimentos, CDs piratas ou perfume.

Dentre os avaliados da classe C que participam ou que têm alguém da família incluído nos programas sociais, 52% revelaram que consumiram mais alimentos nos últimos três anos, contra 37% da média geral. Os menores percentuais de aumento de consumo foram da classe D/E a qual, segundo análises IBGE, têm a maior taxa de aumento da renda nos últimos anos. 65% deles revelaram preferencia por Lula, contra 27% de Alckmin. Os D/E e C, os mais otimistas em relação ao futuro.

[...] A família deixou o aluguel para construir a casa própria numa área descampada de Cidade Tiradentes. Com mais trabalho na carpintaria, o marido comprou um fusca e pôs

duas das quatro filhas em escola particular. A casa tem duas televisões e um aparelho de DVD.³

Costureira desempregada tem quatro filhos e recebe benefícios de R\$ 180 dos governos federal e municipal. Com esse dinheiro, paga as contas e faz compras Arroz e carne nunca faltam à mesa, diz. Às vezes, compra creme para os cabelos dos filhos. Brinquedos, quase nunca.⁴

As fontes empíricas desses dados e análises consideraram variáveis de confusão: a renda, consumo e declaratórias de renda originária de programas de transferência de renda de governo. Tais considerações foram descritas nas evidências das quais aqueles cuja manutenção de subsistência se dá apenas com o salário, ou de doações do governo tende a declarar tudo o que ganha. (IPEA, 2006).

A desproporcionalidade entre o aumento da renda dos mais ricos em até três vezes mais que a renda dos mais pobres, o prognóstico é que de fato não se reduziu a desigualdade. Analistas econômicos de várias tendências questionam a estratégia de governo na distribuição de renda através de programas sociais e benefícios previdenciários. Em 2006 o governo anunciou que atingiu a totalidade de pessoas abaixo da linha da pobreza: 11,1 milhões de famílias receberam R\$ 8,5 bilhões.

Estes números significam que o número de novos beneficiados pelo PBF tende a ser marginal e improvável, do ponto de vista do equilíbrio fiscal se, no segundo governo Lula se repetir o percentual de 32,2% de aumento real para o salário mínimo. Principal referência para correção de milhões de benefícios assistenciais da Previdência em R\$ 16 bilhões, 17,5% acima do acumulado. (Pochmman, 2005,) adjunta que:

Cerca de 90% das vagas de emprego formal abertas nos últimos anos são para rendimentos de só até dois salários mínimos. Já a rotatividade anual da mão-de-obra é de 42%, com as empresas fechando vagas melhores para abrir piores. O modelo atual não sustenta níveis de crescimento mais ambiciosos e leva a uma dualidade entre pobres e ricos. No Nordeste, a classe média está desaparecendo... Não temos

³ Depoimento de Aline de Cássia, 32, Classe D, colhido na pesquisa realizada pelo IBGE , 2006

⁴ Aline de Cássia, 32, Classe D.

como avaliar esses rendimentos que são muito mal medidos pela Pnad, a subestimação é grande.

Este analista acrescenta que, enquanto foram elevados os subsídios sociais repassados pelo governo à população, os investimentos em infraestrutura seguem na direção contrária: 3% do gasto não-financeiro da União, segundo dados do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - CEBRAP divulgados em 2006, os resultados da PNAD, no que se refere ao envelhecimento populacional demonstram que a Previdência Social é um grande desafio para o governo. Advertência da autoridade ministerial foi:

...Isso nos leva ao desafio de pensar a questão da previdência e a oferta de políticas públicas voltadas a essa realidade. Se olharmos a evolução no tempo, praticamente todos os indicadores sociais, de renda e emprego melhoraram. Desde 1997, foi a primeira vez em que houve estancamento da diminuição da renda média dos trabalhadores .

No legislativo, o líder do governo no Senado, Aloizio Mercadante foi enfático em opinar sobre os resultados:

"Gostei muito dos resultados. O Brasil dobrou as exportações e redobrou as reservas. Além disso, melhoramos as finanças públicas sem aumentar a carga tributária. Tivemos a maior taxa de crescimento da década. Enfim, todos os indicadores melhoraram".

Para alguns analistas institucionais, o equívoco a respeito da redução da desigualdade no Brasil se iniciou em 1995, quando se implantaram as bolsas atualmente ampliadas. Especificamente, esses analistas questionam que a fonte para medir a redução da desigualdade é a PNAD a qual inquirir os assalariados ou os que se mantêm de doações do governo. Estes tendem a declarar tudo o que ganham e assim ficam excluídos dos dados os 90% de investidores financeiros.

De acordo com Pochmann (2006), autor do estudo IPEA caiu a desigualdade na pesquisa, mas não na vida real. Para este analista a renda dos ricos cresceu três vezes mais que a renda dos pobres e acrescenta que não há hipótese, nas circunstâncias apontadas, de que a desigualdade tenha

se reduzido, nem de que esse questionamento se trata de interesse meramente acadêmico.

Com relação à política econômica brasileira, Stiglitz (2006, online), em entrevista à Folha, afirmou que:

[...] O Presidente preferiu zerar a dívida do Brasil com o FMI do que investir em programas sociais; repete erro cometido por Clinton, de abrir mão da plataforma social que o elegeu e gastar o mandato agradando o mercado financeiro; Clinton passou oito anos reduzindo o déficit, e a única consequência foi deixar dinheiro em caixa para que os republicanos patrocinassem o maior corte nos impostos para os mais ricos já ocorrido na história desse país.

Stiglitz considerou que o governo atual optou por agradar o mercado financeiro, que deixou de investir na área social, dar pouca ênfase à desigualdade social, maior importância ao controle da inflação do que às taxas de desemprego e sinalizar: [...] "esperem um pouquinho mais e então nós veremos os resultados". (STIGLITZ, 2006, online).

Estudo específico da PNAD sobre a previdência avaliou que seus benefícios reduzem mais a pobreza no país, do que o programa Bolsa Família-BF. Destacou a importância de aposentadorias e pensões vinculadas ao salário mínimo e concluiu que sem os benefícios desses programas, a estimativa de proporção dos pobres seria de 38% em 2004, para os 31% existentes. Ainda, que a conjunção de benefícios pagos a idosos e deficientes aliados às aposentadorias e pensões vinculadas ao salário mínimo foram as estratégias que efetivamente contribuíram para a redução da pobreza.

Desses sete pontos na diferença de redução do contingente da pobreza, cinco deles são atribuídos aos benefícios ligados ao mínimo, dois ao Bolsa Família e ao benefício específico a idosos e deficientes num total de 12,8 milhões de pessoas dos 15,7 milhões de aposentados e pensionistas do INSS. As análises são do período de estruturação do BF e asseguram que, ao unificar vários programas sociais que atingiam 6,5 milhões de famílias em 59%

da população alvo em 2007, o programa alcançou os atuais 12 milhões de famílias. Assinalaram os realizadores desse estudo.

O estudo "Programas de Transferência de Renda no Brasil: Impacto sobre a Desigualdade e a Pobreza" (SOARES et al. 2006), faz uma curiosa ilação sobre esse tema que consiste na afirmativa de que os resultados podem balizar o debate sobre cortes nos gastos públicos a partir de 2007. Isto porque, "os heróis" da distribuição de renda no país também são vilões do ponto de vista fiscal. Em 2006, o pacote da redução da pobreza analisado por esses pesquisadores soma mais de R\$ 70 bilhões". (SALOMON, 2006, online).

O reajuste do salário mínimo, de R\$ 300 para R\$ 350, elevou o custo mensal da folha para R\$ 4,5 bilhões, em abril e que as aposentadorias e pensões vinculadas ao mínimo consumiram R\$ 40,3 bilhões em 2005. Naquele contexto, os aumentos reais para o piso previdenciário foram apontados como responsáveis pelo crescimento do déficit no INSS. A solução apontada foi desvincular esses benefícios do valor do salário mínimo. (SALOMON, 2006). Segundo Mendonça, pesquisador do Ipea, "é verdade que muitas famílias são sustentadas pelas aposentadorias, mas para a gente não teria tanto impacto no crescimento da pobreza". (SALOMON, 2004, online).

As mudanças nos programas, em paralelo aos rendimentos do trabalho foram as ações que mais contribuiriam para reduzir a desigualdade, "indicarão que vamos reverter a redução da pobreza", contra argumenta Sergei Soares, um dos pesquisadores IPEA que assinaram o estudo, complementando que "eles - os programas - são fundamentais". Ainda segundo Soares (et al., 2006, online), "a contribuição do mercado de trabalho na redução da desigualdade social é grande, mas não atinge os mais excluídos, e demora a fazer efeito". Outro alvo de corte é o Benefício de Prestação Continuada-BPC pago há dez anos a idosos ou pessoas deficientes de famílias das classes inferiores.

O estudo de (Soares et al. 2006) foi usado pela equipe assessora do Ministério da Fazenda - MF a qual se utilizou dos dados para propor a redução do valor do benefício a 70% ou 80% do salário mínimo, além de elevar para 70

anos a idade mínima para o pagamento aos idosos. Em 2004, o Estatuto do Idoso baixou a idade mínima de 67 para 65 anos. Dentre as análises PNAD se comprovou que o BPC contribuiu tanto quanto o Bolsa Família para a redução da desigualdade em 2004. Em função do valor mais elevado do benefício; o salário mínimo para o máximo de R\$ 95 pagos pelo BF à época. Portanto, o primeiro teve maior influência na situação de indigência:

Enquanto o BPC e as aposentadorias e pensões vinculadas ao mínimo são capazes de tirar grande parte das famílias beneficiárias da indigência e da pobreza, os outros programas de transferência atuam mais sobre a intensidade da pobreza do que sobre a proporção de pobres. Menos conhecido que o Bolsa - Família, este programa custa mais aos cofres públicos. Em 2006, quando o primeiro atingiu 11,1 milhões de famílias ao custo de R\$ 8,3 bilhões, o BPC atendeu 2,5 milhões de pessoas por R\$ 8,9 bilhões. Em 2003, quando o Bolsa-Família custou R\$ 3,6 bilhões, o BPC alcançava R\$ 4,7 bilhões. Entre 72% e 80% do dinheiro repassado por este programa, o BF atinge famílias mais pobres. Entre 48% e 50% desse montante se destina às consideradas indigentes. (SALOMON, 2006, online).

A gestão na área social do Bolsa Família é avaliada como a mais eficaz em programas sociais da América Latina. (NASSIF, 2006, online). O Ministério do Desenvolvimento Social e de combate a fome considera que adotou novas ferramentas de gestão da política social brasileira. De fato retomou de outras políticas sociais - de saúde - a adoção do princípio de "focalização" utilizado nos anos trinta do século passado. A segunda ferramenta resultou de um entrosamento com o Movimento Brasil Competitivo - MBC, que adotou qualidade para melhoria dos processos internos. De acordo com Nassif (2006, online) “[...] Trata-se de uma conquista civilizatória para o país sair do assistencialismo e do clientelismo para o campo das políticas públicas normatizadas”.

O processo de desenvolvimento institucional na gestão de programas de alvo social teve seus primeiros ensaios com o programa do leite do governo José Sarney e o grande salto, com a Constituinte de 1988 quando se consolidou a assistência social no campo das políticas públicas. No início dos anos 90, no governo Fernando Collor de Melo e foram promulgados o Estatuto

da Criança e do Adolescente e, a Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS. No governo Fernando Henrique Cardoso foram ampliadas as parcerias com empresas e ONGs. Atualmente, o salto institucional consiste na unificação dos cadastros e o uso de ferramentas modernas de estatística e de gestão com sistematização e ampliação dos beneficiários.

O modelo adotado se aproxima do sistema público de saúde - SUS na sua relação de competência com os municípios. Os quais são divididos entre os de gestão plena, que administram os recursos que recebem, semiplena e o não-habilitado em estrutura controlada por três níveis de conselhos, o municipal, o estadual e o federal, cuja rede chama-se de Sistema Único de Assistência Social - SUAS. O grupo de gestão de qualidade ajudou no gerenciamento de rotina cuja meta é reduzir em 50% o tempo médio para repasses que chegavam a três meses.

A avaliação da gestão programática em discussão compreendeu 61 estudos a partir dos quais, cada programa foi precedido de uma discussão, um termo de referência, reuniões para as definições mais importantes, pesquisa, acompanhamento e o resultado final. Os resultados que se destacaram foram: o Bolsa-Família aumentou em 21,35% o orçamento médio familiar, que passou de R\$ 302 para R\$ 365. As evidências foram as de que aumentou a frequência das crianças nas escolas.

No decil mais pobre da população, 93% das crianças estavam na escola e entre as famílias do BF, são 98%. Crianças de 6 a 11 meses, o déficit de peso é de 6,8% para não-inscritos no programa e de 4,8% para os inscritos, considerando-se o enviesamento do padrão de classificação utilizado e anteriormente discutido. O objetivo final do programa é a emancipação por meio do emprego.

Estudo do Banco Mundial, (2006) assinalou que 73% dos benefícios se destinam a pessoas que estão entre as 20% mais pobres. Os analistas elogiaram o alcance do programa e frizaram a necessidade de conectar os atendidos no mercado de trabalho: [...]“ o Brasil tem o mais amplo e bem focalizado programa de transferência de renda da América Latina. Em termos

qualitativos, o Chile criou um programa que dá atenção especializada para aos beneficiados ingressarem no mercado de trabalho”. (GOIS, 2006, online).

Outra avaliação da gestão de políticas sociais dessa conjuntura se encontra em dois relatórios produzidos sobre os dados da PNAD pelo BM. Em 2006 esta instituição comparou o percentual dos benefícios que chegam aos mais pobres em sete programas similares da Região. A análise comparativa sublinha que excluídos os programas de transferência de renda, quase a metade da população que vive com menos de um quarto de salário mínimo per capita, o Brasil obteve o maior índice no percentual de benefícios: (73%) do Bolsa-Família com alcance dos 20% mais pobres. Em seguida, se situaram o Chile (58%), Nicarágua (55%), Honduras (43%), República Dominicana (35%), México (32%) e Argentina (32%). (GOIS, 2006, online).

O segundo maior programa em abrangência social é o mexicano que é chamado Oportunidades e se destina a 5 milhões de famílias. Em epílogo, os responsáveis deste estudo observam que a focalização do Bolsa Família não é regra entre os benefícios do Estado brasileiro. Lindert (apud GOIS, 2006, online) enfatiza:

“O resultado do Bolsa-Família é impressionante. Outros programas no Brasil também são razoavelmente focalizados, como o de merenda escolar. No outro extremo, os benefícios transferidos pela previdência são altamente regressivos, com 55% deles indo para os 20% mais rico”.

No que se refere a inserção no mercado de trabalho os analistas desse banco consideram que existem experiências que acessam melhor os pobres ao emprego. A dificuldade que apresentam os países da América Latina para fazer esse ingresso no mercado tem a ver com a visão predominante na região de tentar promover uma “proteção social pois a principal dificuldade de todos esses programas é conseguir tirar o foco do "alívio da pobreza" para a "erradicação da pobreza”. (GOIS, 2006, online).

Para o ex coordenador do programa Chile Solidário, Cláudio Santibanez (GOIS, 2006, online), a idéia foi “promover as famílias a uma

situação de independência com condições mínimas de vida". Sobre a diminuição da desigualdade no Brasil, avaliador do BM considerou que:

“A queda da desigualdade no Brasil está se tornando verdade absoluta e incontestável. Queda a conta-gotas, mas queda, de todo modo, a partir da introdução das bolsas-esmola, no governo Fernando Henrique, bastante aumentadas com Lula”. (ROSSI apud GOIS, 2006, online).

Nesse paragrafo cabe o registro de que todos os dados aqui apostos são de ordem institucional inclusive sobre a redução da desigualdade. Neste argumento, Pochmann (2005) acrescentou a esta análise que, 20 mil famílias ganharam R\$ 105 bilhões em 2005 com os juros, enquanto os 8 milhões de beneficiários das bolsas, R\$ 7 bilhões. Por inferência, os dados e análises apresentados sugerem que, mais que uma diminuição da desigualdade o que ocorreu foi um aumento na renda dos sem renda que a declaram do que o encurtamento da distância entre estes no aumento dos investidores no mercado financeiro, os quais este analista os nomina de com juros.

Sobre o processo da reforma agrária, a leitura de artigos e textos acadêmicos, jornalísticos e do MST, além de documentos governamentais sobre esse tema se apreende que houve mudança de gestão dessa política em relação a sua formulação de cursar uma “reforma agrária ampla, massiva e de qualidade”, como parte fundamental de um novo projeto de desenvolvimento nacional no Documento de campanha da reeleição de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2006.

O primeiro mandato deste governo foi marcado pelo esvaziamento da proposta e da concepção da reforma agrária, as pretensões de implantar um processo de mudança no campo foram tênues, segundo a leitura de documentos desse movimento. O Plano Nacional de Reforma Agrária de 2003 comprova a citada mudança do caráter da reforma proposta que no período, passou de estrutural para compensatória. Os primeiros documentos expunham questões relevantes e definidoras dessa reforma entretanto, entrevistas com líderes e documentos do movimento explicitam: as metas estabelecidas de assentamentos não levam em consideração as áreas reformadas.

Ademais, como estratégia de implantação da reforma, seus líderes consideram que, os assentamentos continuam de forma fragmentada, que as desapropriações não são consideradas para fins dessa reforma como instrumento principal de implantação da política agrária e que permanece a ênfase para os programas de crédito fundiário do Banco da Terra. Acrescentam que, não há clareza no propósito de governabilidade em impedir a regularização da grilagem na região Norte, a qual transparece mais funcional ao agro-negócio. O exame das medidas dos últimos seis anos tem como eixo a ausência de ações públicas fundamentais para o desencadeamento de um processo de reforma agrária capaz de enfrentar este negócio e atenuar os conflitos.

Outro eufemismo da atual fase do capitalismo no campo, marcada pelo aumento da taxa de exploração da mão de obra, pela exclusão, pela violência, pela concentração fundiária e pela degradação ambiental. A proposta de reforma agrária com potencial de alterar as estruturas no campo e de reverter a situação de injustiça e de exclusão sugere estar esvaziada. Os fatos passados e da conjuntura atual demarcam que os compromissos atuais não abonam as citadas intenções traduzidas em proposições objetivas de materialização de política pública efetiva na sua finalidade social. O avanço da produção extensiva de monoculturas bioenergéticas no Brasil traz ao debate contemporâneo a bizarra discussão Malthuseana da inversão geométrica na produção de alimentos essenciais e aumento populacional.

Nesta discussão o eco da realidade ao qual se aproxima esta autora é o da dialética oposto por Marx a Malthus. A demanda pelo acesso ao consumo de milhares de asiáticos com retração nos investimentos à produção devido inclusive a relocação de mão de obra do campo para os fronts de guerra que dentre outros determinantes da economia agraria resultam no desabastecimento agravado pelos impactos ambientais. Fundamentalmente sobre a produção de grãos, carnes, leite e seus derivados.

Na relação de retração na oferta e na demanda, os pobres e famintos endêmicos têm a sua situação nutricional agravada pelos baixos salários/renda que restringem progressivamente seu poder de compra. Dado síntese desta

correlação é o de que o salário mínimo em maio de 2007 está comprometido em 42% com o custo da cesta básica. A Lei de sua criação, já mencionada neste capítulo não foi revogada e estabelece que, o custo da ração essencial nela estipulada não deve comprometer além de 20% do salário, com a alimentação do trabalhador.

A família média brasileira tem 4 componentes portanto, o comprometimento ultrapassa o valor da remuneração do salário cujo déficit é de 375%, no alcance de poder de compra dos demais bens essenciais previstos nessa legislação. Em 2006, o poder de compra desse salário esteve com déficit a menor em até 150%. Os programas de transferência de renda familiar minimizam o déficit salarial do mínimo.

A renda dos poucos ricos cresce três vezes mais que a renda dos pobres: na ordem de 3% para 45%. Nas circunstâncias apontadas, o encurtamento da distância entre os desiguais é de difícil prognóstico. O alargamento dessas distâncias não deve ser encarado como mero interesse acadêmico mas, com a preocupação política na qual distâncias abismais na sociedade sinalizam sérios indícios de intolerância.

Analistas econômicos de várias tendências questionam a estratégia do governo de distribuir renda aos mais pobres via programas sociais e benefícios previdenciários de curta duração. Em 2006 o governo anuncia atingir a totalidade de pessoas abaixo da linha da pobreza, mais de 11,1 milhões de famílias, a receber R\$ 8,5 bilhões. A título de ilustração do pensamento contrário à política de transferência de renda e benefícios previdenciários de governo aos mais pobres, se transcreve o que afirma o especialista em contas públicas Raul Velloso:

O Brasil paga [em 2006] cerca de 30 milhões de contracheques a pessoas inclusas em programas totalmente subsidiados como o Programa Bolsa Família, fortemente subsidiados e indexados ao mínimo, como as aposentadorias rurais. Benefícios subsidiados por não terem contribuído com a Previdência no total de R\$ 80 bilhões/ano, ou 21,4% do gasto não financeiro. (CANZIAN, 2006, online).

Em sumário conclusivo deste capítulo, se chama à atenção para o que foi destacado na introdução: as desigualdades na concentração e na injustiça tributária da renda para com as classes inferiores e médias. O governo atual foi eleito no esteio do discurso partidário da ética e da elevação dos quase cinquenta milhões de miseráveis de então, à condição de classe média. Com indução à justiça nas oportunidades de acesso ao emprego, à terra, renda, justiça, moradia com saneamento adequado, segurança alimentar e nutricional, inclusive a taxação de fortunas. Proposição do atual diretor do IPEA para reversão da silente extorsão tributária da sociedade brasileira.

4 O PROJETO DE SAÚDE PÚBLICA

É de grande porte e qualificação o acervo bibliográfico sobre a trajetória do projeto de saúde pública, em nível mundial e nacional. Sem a intenção de recorrer os passos dantes trilhados por acadêmicos de notório saber, esta revisitação bibliográfica à esta temática correlaciona os estágios de desenvolvimento econômico com perfil sanitário da população e os passos das intervenções que constituíram o escopo do modelo assistencial à saúde. Nesta trilha conjectura a inserção do princípio de equidade na assistência à saúde no Brasil no curso desse projeto.

4.1 Corte na Antologia Temática

Pioneiramente Luz (1982) analisou o curso, as características e especificidades conjunturais das intervenções que se constituíram nos marcos desse projeto na formação do Estado nacional, dos anos setenta do século dezenove aos anos trinta do século vinte. Elencou os atores, características das intervenções da medicina social dessa ordem política. Considerou “ambigüidades” dessa prática a incorporação e utilização do saber acumulado, em resposta às questões geradas e induzidas pela ordem social.

Guimarães (1978), em obra assinada com outros autores analisa os passos da medicina social pontuando os palmos da assistência à saúde da população. Ambos avaliam essa trajetória e informam que nela se crivou os embriões institucionais do setor saúde e previdenciário, na formação do Estado nacional. Projeto de gênese na intervenção saneadora e reorganizadora do espaço físico dos centros urbanos portuários. Estruturantes ao espaço de circulação e escoamento da produção do modelo econômico agro exportador, estágio fundamental de acumulação de divisas, no curso do processo de desenvolvimento econômico brasileiro.

“*Comme une fuisse en avant*” aos passos intermediários que ocorreram entre esta fase e a redefinição da ordem sanitária em 1990 com a chamada

reforma sanitária, se menciona a correlação desta com a indução externa das reformas ocorridas nas três décadas anteriores no Canadá, Inglaterra e Itália. (BERLINGUER, 1988). Nesta revisão discursiva se retoma o aporte teórico das relações do Estado na mediação dos conflitos intra estruturais de classe em momentos de definição de hegemonia para intervenção das políticas públicas, em saúde. Em sintonia dessas imbricações se adota de Teixeira (1998, p.17), a sistematização conceitual de política de saúde:

[...] nas sociedades modernas, a política de saúde se enreda em uma teia de complexidade tecida entre as políticas e as práticas no campo da saúde, em três níveis. Primeiro o econômico, através das diferentes necessidades de reprodução ampliada do capital que incidem ou se realizam através do setor saúde; segundo o político, como parte do processo de legitimação do poder do Estado e a manutenção da condução de classe; e terceiro, o ideológico, na articulação entre a produção científica, as práticas sociais e valores morais na inserção de agentes na estrutura social.

Em uníssono com o contido nas categorias analíticas esta conceituação de Teixeira é includente à definição de Luz (2000) e aos conceitos de contemporaneidade de Estado e de políticas públicas, nas dimensões e estratégias adotadas sobre a saúde coletiva. Cohn (2006) atualizou o conceito ao acrescentar que, além da formulação e implementação das ações, esta política deve estar vinculada às dinâmicas sociais e econômicas da sociedade e ao método impositivo das políticas de Estado. Em sua formulação conceitual, esta autora se acerca da fundamentação anterior com a inclidência da vinculação dos processos contidos na produção social da saúde e a mediação do Estado nos conflitos de interesse.

Em sua formulação, Cohn (2006) vincula as relações do sistema social globalizado e articulado com a organização das forças produtivas, do consenso e da coação que resultam em intervenções, as quais são disputadas nessa arena política. Disputas oriundas da administração dos conflitos indicados por Poulantzas (1977), os quais são gerados na ordem social e movidos pelos interesses individuais, de grupos, coletivos ou de classes, em suas visões de curto prazo e as visões de Estado em longo prazo.

Outra característica das políticas sociais que se acrescenta de Chesnais (1998) é o caráter de seletividade das políticas sociais, que se retoma na análise de pertinência de reorganização de nível assistencial da política de saúde. A produção acadêmica entretanto é incipiente, no que se refere à reflexão teórica sobre a indução na formulação e processos de gestão desta e demais políticas sociais.

A gênese, formulação, indução e complexidade das dimensões político institucionais: financiamento, gestão e resultados de efetividade com equidade, tem como sustentação o referencial antológico produzido por: Almeida (1999, 2002), Arouca, Cordeiro, Dias, Fiori, Gentile de Mello, Loyola, Luz, Noronha, Pellegrini Filho, Ramos, Ribeiro, Tambellini (apud GUIMARÃES 1978), Berlinguer (1988), Campos (1992), Cohn (2002, 2005, 2006), Cordeiro (1987, 1996, 2001), Draibe (1990), Fiori (2001), Lecovitz (1997), Luz (1982, 2000), Almeida (1999), Mendes (1996, 2004), Teixeira (1994, 1998) e Paim (1999).

Estes autores analisam o triangulo explicativo que circunscreve a indução das intervenções sanitárias inclusive na dualidade dos SUS _ via higienização da sociedade, técnicas da medicalização como instrumento de alienação e poder_ com a discussão dos processos contidos no campo da produção social da saúde. Análises que significam o oposto das análises da anti medicina realizadas por Ivan Illich (apud NOGUEIRA, 2003).

Uma leitura síntese destes autores fundamenta a concepção de que o projeto de saúde pública no Brasil se origina e estrutura o setor nos espaços urbanos, par e passo na constituição do Estado nacional, através de ações da intervenção sanitária sobre a saúde coletiva. Em marcos que se constituem nas primeiras políticas públicas que a cada conjuntura crescem em intervenções e especificidades. As “ambigüidades” da medicina social às quais se refere Luz (1982) têm o significante de dualidades, inerentes à natureza dos conflitos de interesses contraditórios nos quais se encerram as políticas públicas.

Esplicitamente, as finalidades destas políticas durante a constituição do Estado nacional que consistiam em atender setorialmente às questões de saúde, educação, habitação e lazer da ordem coletiva. Superar as epidemias,

endemias com planos e campanhas salvadoras, deixando intocadas mesmo que no discurso, as condições estruturais geradoras da questão sanitária.

Ainda segundo Luz (1982), o modelo assistencial da política de saúde de então foi desempenhado em cinco eixos. O da centralização com forte poder de polícia, o da higienização a intervenção predominante aliados ao campanhismo e à lógica de que os “maus hábitos culturais de raça, pobreza e ignorância condicionam” as doenças ambientais e sexualmente transmissíveis. O eixo campanhista, se arrasta até o presente assim como o da atenção médica curativista, privatista. Os atores desta ordem destacados pela autora são os movimentos sociais, as associações de categorias profissionais, intelectuais orgânicos da ordem burguesa, os partidos políticos e os sanitaristas Oswaldo Cruz e Barros Barreto.

Em antecipação de análises, se acrescenta ao exposto a compreensão da qual, o nominado ambíguo ou paradoxo na utilização do saber científico e das práticas científicas nas intervenções sociais não são excludentes, mas dualidades que se expressam no “o possível e até necessário”. Dualidades recorrentes em formações sociais de extremas desigualdades e de fragilidades sociais características do sistema de proteção social e à saúde no projeto de desenvolvimento de uma ordem política. Na lógica racionalizadora da constituição do projeto nacional de saúde pública.

Intervenções que se expressam em princípios de linguagem de natureza revolucionária, neoliberal, reformista, objetiva e construtora da ordem social. Na avaliação das políticas sociais em países atrasados, os marcos iniciais desse projeto, seguindo as lentes de Parodi (1978) e Salama (1980) cumpriram as finalidades da ordem social de então. Contemporizar as tensões internas, garantir a acumulação através da reprodução da força de trabalho, conferir legitimidade ao regime político, manter as relações de propriedade inalteradas e a sua finalidade máxima, a produção capitalista.

4.2 Marcos das Intervenções e Passos da Equidade em Saúde

Os marcos da intervenção na questão da saúde coletiva através da política de saúde e que se constituíram no projeto de saúde pública nos distintos estágios de desenvolvimento econômico brasileiro vão par e passo, na cronologia demarcada por autores que já percorreram esta trilha e nesta correlação, nos períodos que se seguem.

Período: anos 20

Estágio de desenvolvimento: agro exportador

Marco da política de saúde: modelo assistencial focal centrado na figura de médico de família que se estendeu aos anos trinta. A assistência à saúde era prestada através das caixas de assistência e de previdência social - CAPs, semente da estruturação previdenciária que se consolidou adiante.

Nos anos 30, o Brasil transitou do modelo anterior para o estágio de desenvolvimento urbano industrial. O marco focal campanhista e policialesco foi reforçado no combate às doenças pestilenciais: malária, febre amarela, febre tifóide e cólera. Centrado na figura de Osvaldo Cruz nas cidades portuárias chave do escoamento da produção, estágio fundamental ao acúmulo de divisas para este país que possibilitou durante a primeira guerra mundial a exportação de alimentos para países que estavam no front dessa guerra.

Na primeira metade desta década surgiu o primeiro programa de nutrição já integrado à ações educacionais, de pediatria e de odontologia social, a cargo da CNAE- Comissão Nacional de Alimentação Escolar, precursor do atual Programa de Merenda Escolar. O arranjo institucional racionalizador de previdência social e saúde se gestou com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Previdência - IAPs. Organizados por categoria de trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho.

No período compreendido entre os anos 40 na formação do Estado Novo, o estágio de firmação estruturante às bases da industrialização se

consolidou com ações estruturantes de energia e estradas, para escoamento da produção. O marco focal em saúde se deu na intervenção aos eventos sanitários por surtos epidêmicos desencadeados pela fome endêmica que, de caráter estrutural, sempre se elevam as taxas de prevalência de suas formas graves em conjunturas de secas no Nordeste e de enchentes na Região Norte e Centro Oeste, pólos de desenvolvimento do ciclo econômico de então.

Nestes pólos, surgiram as unidades de saúde que se tornaram o embrião do serviço de saúde de maior prestígio, dentro e fora do país, a Fundação de Serviços de Saúde Pública - FSESP, atual FUNASA. Instalação que ocorreram durante o ciclo do látex na Amazônia, no ciclo energético e mineral na Companhia Vale Rio Doce no Rio de Janeiro e, em Currais Novos - Rio Grande do Norte, pólo emergente em mineração.

Nos anos 50, o estágio de desenvolvimento econômico foi o Modelo de Substituição de Importações - MSI, ou desenvolvimentismo. As intervenções sanitárias se seguiram no combate às doenças que se arrastavam dos anos trinta, portanto endêmicas e acrescidas da tuberculose e a fome endêmica em suas carências específicas: bócio endêmico, anemia ferropriva e hipovitaminoses.

A fome endêmica no Brasil foi geograficamente mapeada, em suas manifestações biológicas quanto a gravidade, cronicidade e carências específicas e foi explicada o seu caráter de produção social por Castro (1983). Este cientista e deputado pelo estado de Pernambuco dispôs, em Lei de sua autoria a obrigatoriedade da iodação do sal refinado no país, para reversão do bócio. Induziu o governo Juscelino Kubitschek à criação do Departamento Nacional de Saúde e na expansão da FSESP, nos locus de produção da riqueza e da miséria conferindo ação sanitária racionalizadora nessa década.

No período compreendido entre os anos 60 a 80, estágio da expansão industrial. O marco político deste período consistiu em ser pós e em função da Revolução Cubana. Neste Continente, os golpes militares fizeram assunção ao

poder e acordos de cooperação: Ponto IV e MEC-USAID¹³ buscaram distensionar as lutas internas por melhores condições de vida e democracia. Um dos sucedâneos desses acordos foi a adoção da política de atenção primária preconizada pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe - CEPAL. Através dos Planos de Interiorização da Assistência - PIAS nos mini postos de saúde. Semente da integralidade das ações básicas em saúde, educação e nutrição, características pioneiras dos Planos Integrados de Nutrição e Alimentação - PINA que surgiram na década de sessenta.

Durante esta década, as evidências e alardes institucionais de que a situação social em saúde havia recrudescido se deu por alarde do Comitée Internacional de Combate à Desnutrição. Este denunciou a gravidade da fome endêmica em graus de desnutrição e peso com elevação em níveis alarmantes da prevalência da morbimortalidade os quais foram correlacionados ao declínio das condições materiais de vida pela concentração dos meios de produção, com ênfase para a terra e renda cujos impactos na situação de saúde foram associados ao oligopólio industrial.

As evidências da fome dos brasileiros foram comprovadas posteriormente pelo ENDEF em 1974. O período compreendido entre 1970 a 1974 teve como marcos da estruturação social no plano nacional, a institucionalização do sistema previdenciário e de assistência médica com o MPAS/INPs, INSS, IAPAS e INAMPS. Marco cartorial dessa assistência aos trabalhadores de carteira profissional assinada. Aos demais, a assistência indigente através de ONGs internacionais do tipo CÁRITAS ou prestada nas casas de misericórdia geridas por entidades de cunho religioso. Nesta ordem, o Brasil estava submetido à ditadura militar por golpe em 1964 cuja distensão ocorreu, a partir de 1978.

Em nível internacional, o avanço da globalização teve como registro máximo o impacto negativo da crise de câmbio do dólar pelo desbalanço comercial energético. Pelo embargo do petróleo dos países árabes

¹³ O Acordo Ponto IV do Congresso Americano gerou: 1- o Programa Aliança para o Progresso que destinou alimentos para os miseráveis do terceiro mundo... “ esfomeados em Região ameaçada” de guerrilhas e sublevações de esquerda; 2- O Acordo MEC/USAID se destinou a cooperações tecnológicas e reformas do ensino, na lógica da ‘condução das práticas.

importadores de cereais, aos países exportadores desses grãos que viviam séria escassez de produção. O preço do barril se elevou para 30 US, a queda na oferta das bolsas de cereais pela retração agrícola de países produtores levou o dólar a ser recusado na Europa, em janeiro de 1972.

A retração da América do Norte se deveu ao remanejamento de recursos financeiros e de braços da agricultura para a guerra no Vietnã aliados a outro evento conjuntural. A seca mundial. Neste e outros países produtores: Índia e União Soviética levaram o déficit na disponibilidade de alimentos entre 1968 e 1974 ao primeiro grande colapso mundial na disponibilidade de alimentos dos tempos modernos, não motivada por guerras civis ou mundiais.

Em função dessa escassez conjuntural, se retomou a anacrônica discussão que volta à ribalta contemporânea, a da paranóia Malthuseana que sinalizou o crescimento populacional, inversamente proporcional à produção de gêneros alimentícios. Na época, a oscilação na disponibilidade alimentar suscitou a Food and Agriculture Organization - FAO a convocar a 1ª Conferência Mundial de Alimentos e induzir estratégias em saúde com programas de controle de natalidade, em nome do planejamento familiar. No Brasil os “cuidados” estiveram a cargo da BEMFAM incrustada no setor saúde da saúde pública.

O debate sobre a retração de alimentos versus controle de natalidade em nível internacional repercutiu na ONU com a severa contraposição da primeira ministra da Índia Indira Ghandi, na seguinte argumentação: “quando faltam recursos para um banquete, a solução é ampliar a receita e não ceifar os convidados”. No período dos anos oitenta, o estágio da financeirização nos termos discutidos, da mundialização financeira que tomou impulso nesta década perdida com esteio nos impactos negativos sobre os indicadores sociais produzidos pelo que Borón (1995) nominou de “dilúvio”.

No Brasil, o impacto negativo na situação de saúde se agudizou com o aumento da demanda dos novos assistidos pela universalização da assistência no SUS; a elevação das taxas de prevalência; a complexificação do quadro

sanitário; a duplicidade desordenada do setor da saúde pública e a insatisfação social produziram o ambiente político institucional da reforma sanitária brasileira. O crescente da insatisfação tomou força com a distensão política iniciada em 1978 e fez emergir o impulso do movimento sanitário pela reforma sanitária sob a égide do interesse público. Desde então, o final da década de oitenta, as políticas e a situação de saúde têm as seguintes características:

- Curativista e inspirada no modelo inglês Dowsoniano¹⁴ era fornecida basicamente pelo INAMPS aos empregados formais do sistema econômico;
- Dicotomizada entre a prevenção primária e terciária;
- Duplicidade descoordenada do setor com instituições de três níveis de competência no mesmo espaço territorial e elevados índices de morbimortalidade por causas evitáveis e, conseqüentemente;
- Desperdício de recursos nos três níveis da assistência;
- Alta oferta localizada e ausência absoluta de serviço na maioria do país;
- Doentes federais, estaduais e municipais na mesma base territorial;
- Baixa oferta de serviços ou nenhuma em outras áreas;
- Grande insatisfação social da população;
- A insatisfação política.

Em 1982, estas questões aliadas ao sub financiamento do sistema e às manifestações dos movimentos sociais dentre os quais o MST foram gerados na ordem social. Devido à agudização das questões materiais vida na reprodução de classe com relação a terra, salário, moradia, alimentação, nutrição e saúde complicaram os problemas da gestão setorial. Molas indutoras desta reforma cuja gênese institucional se fez com a unificação do planejamento e programação das Ações Integradas de Saúde - AIS pelos entes federais, estaduais e municipais.

¹⁴ O primeiro modelo de redes de serviço de saúde. Proposto pelo Lord Dawson, na Inglaterra em 1920. Em bases territoriais e populações alvo regionalizadas por perfis assistenciais hierarquizados cuja porta de entrada é um centro de saúde, com General Practitioners – GPS, (médicos generalistas) interligados a centros mais complexos, especializados e destes, a hospitais de ensino. A proposta foi adotada em 1948, na criação do sistema britânico em modelo que se configurou no primeiro sistema público e universal do Ocidente.

Em 1985, a etapa institucional marcante foi a unificação do sistema o SUDS até 1987. Ano da 8ª Conferencia Nacional de Saúde instancia deliberativa setorial que aprovou a criação do SUS o qual foi legalmente inserido no processo Constituinte de 1988. A experimentação da programação orçamentária e das ações integradas foram o cimento das bases que consolidaram a reforma sanitária que se materializou com a regulamentação que deu conformação ao SUS. Em setembro de 1990 foi promulgada a Lei de Saúde nº 8.080 e a de Controle Social e Repasses Financeiros ao sistema, a Lei 8.142 em dezembro do mesmo ano.

Pode-se afirmar que a reforma ocorreu como resultante da insatisfação social e dos movimentos organizados impulsionados pelo interior acadêmico. Ente organicista desta reforma e, menos como produto de decisão política por reflexão sobre a desordenação do sistema de saúde. Nos anos noventa, o estágio de desenvolvimento econômico nacional se incluía no desenho geopolítico do capitalismo financeiro da globalização / mundialização. Os traços mais contundentes das “brechas sociais” que se manifestaram nos indicadores de saúde da população foram a generalização da fome, com o déficit global de nutrientes e a complexificação do perfil epidemiológico no advento do SUS.

Em resumo, a citada legislação estabeleceu as ações essenciais, os níveis de competência e os princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade na assistência, os quais são indissociáveis. Estabeleceu ainda os princípios organizativos desses níveis quanto à regionalização, hierarquização, descentralização e complementaridade privada do sistema, com regulação social.

Um sistema único por reunir sob o mesmo comando o público e o privado, portanto dual de arcabouço jurídico teórico perfeito, não fossem os limites de sua efetivação, características da produção dos processos sociais subordinados ao ajuste macro e às políticas neoliberais da hegemônica geografia da mundialização financeira.

Mendes (1996 e 2004), em análise do sistema de saúde brasileiro enfatiza a finalidade social de sua reforma, os avanços desse sistema e explica

os seus insucessos pela sua tênue vida. Apesar dos vinte e dois anos contados com sua unificação em 1985, na conjuntura de decomposição do modelo de produção da assistência manifestada no início dessa década. Mendes considera natural a lentidão na efetivação da reforma como concernente aos processos sociais e elenca determinantes na produção social da saúde.

Em 2004, este autor admite a incipiência dos avanços ao analisar o SUS real e o desejado, segundo o eixo analítico da formulação utópica que se assemelham ao sinalado por Hobsbawm e Contandriopoulos. Mendes nomina e analisa pontualmente os problemas de déficit na oferta dos serviços e o subfinanciamento do sistema. Da efetividade do SUS, Mendes ([1996], 2004) relacionou os avanços de eficiência e de eficácia dese sistema, com ênfase para o controle das doenças mentais, das doenças imunopreveníveis, de algumas endemias, a autosuficiência em imunobiológicos, além de uma maior cobertura de serviços e assistência à maternidade e a infância.

4.3 Lentes sobre Iniquidades em Saúde

inicialmente se retoma o conceito de equidade em saúde adotado de Starfield (2002) para quem tal alcance significa a inexistência de diferenciais sistemáticos da assistência que se refiram a qualquer aspecto da dimensão do status de saúde dos grupos ou subgrupos socialmente definidos. Nesse sentido, a equidade nos serviços de saúde implica em que onde existam necessidades iguais, não existam diferenças verticais na oferta e qualidade das ações dos serviços que acirrem as necessidades horizontais.

Neste debate se menciona que Travassos (1997) se distancia de Starfield (2002) no que considera importante distinguir. A equidade no uso ou consumo de serviços de saúde, no sentido de que os determinantes nas desigualdades no adoecer e no morrer diferem dos determinantes no consumo de bens e de serviços de saúde. Se contrapõe que ambas situações isoladas ou em duplicidade por corte vertical de bens ou serviços fere a equidade ao rehierarchicalizar verticalmente os social e horizontalmente iguais. Extrapolando-se dos ensinamentos de Spinoza (apud. Poulantzas, 1977) a equidade em

saúde, de acordo com a concepção que se utiliza neste trabalho dantes fundamentada com Callinicos e Starfield, igualmente à integralidade e “a ética na coragem do fazer”, não se avalia, nem mais nem menos.

Em retomada ao curso do projeto da saúde pública internacional, como consequência das questões estruturais que se acirraram no início da década de noventa, as desigualdades em saúde, de tão extremas incorporaram ao seu processo de análise a significância de iniquidades, cuja magnitude repercutiu institucionalmente no mencionado evento e proposições temáticas da OPAS em 1990. Em tempo, as citadas proposições refletem prescrições usuais à lógica institucional de organismos internacionais que, para a saúde adota receituários tecnológicos que se assemelham a debelar a febre sem destruir o seu agente patológico.

Estas proposições são condizentes à natureza das práticas do projeto de saúde pública nacional que, em situações conjunturais de recrudescimento das condições estruturais de vida sobre a situação de saúde o setor saúde intervém com mais visibilidade. As ações dos serviços de saúde pública são mais efetivas quando as taxas de incidência ou prevalência de doenças transmissíveis que não privilegiam a situação de classes, em garantia dos espaços de circulação de mercadorias, das classes dominantes e da produção capitalista. (Berg, 1973).

Embora se considere que esta compreensão é de natureza maniqueísta a sua manifestação é evidência recorrente em conjunturas de endemias que surtam se controlam e ressurgem. No intento de exemplificação, as doenças transmissíveis por vetores alimentares ou ambientais cuja magnitude reside, além da prevalência nos danos biológicos e sociais em sequelar e matar como a febre amarela e a dengue, os cuidados setoriais são arrojados e alardeados. Típico dos campanhismo dos anos trinta quando se constituía o projeto nacional de saúde com bases estruturais às exportações daquele estágio de desenvolvimento.

Em aproximação à temática central se traz ao texto, análise das especificidades conjunturais do pensamento e das políticas liberais sobre a

saúde na década de noventa no que se refere a formulação, gestão e atores sociais, em tese de Rocha (1994). Nas discussões deste autor se pontuam as marcas da estabilização econômica sobre a desestabilização social e como corolário das políticas compensatórias, o caráter de seletividade.

A orientação e autoria deste trabalho de tese disposta neste texto concebe a globalização em sua dimensão econômica como conceito síntese que orienta as reflexões que embasam esta produção. Neste aspecto, se reafirma que o programa da globalização está imbuido da dissociação existente entre mobilidade planetária dos capitais, que a natureza doméstica das políticas destinadas às populações nacionais tem dupla subordinação. As políticas de saúde portanto, às políticas de estabilização e ajuste macroeconômico encetadas pelas políticas neoliberais dominantes, desde os anos noventa, no plano externo e interno. (Fiori, 2001).

Entre o final da década de noventa e meados da primeira deste século, a equidade nos sistemas de saúde internacionais e no sistema nacional é alvo da atenção científica externa e interna ao país. A categoria equidade passou a ser analisada como nucleamento da atenção em saúde e a sua expressão democrática nas reformas sanitárias com: Almeida (2002), Araújo (2003), Black e Mittelmark (2001), Cohn e Elias (2002), Cohn (2005), Cordeiro (1996), Donnabedian (1992), Duarte (2000), Giffin (2002), Lucchese (2003), Pelegrini Filho (2004), Senna, (2002), Soares (2002), Starfield (2001), Teixeira (1994), Townsend (1982) e Travassos (1997, 2000).

Em nível externo, Black e Mittlelmark (2001) avaliaram que em geral, as políticas e ações para melhorarem a equidade e o estado de saúde têm impactos positivos e recíprocos. Com o fortalecimento comunitário, econômico produtivo, político os quais produzem eficácia na redução das diferenças em saúde. Cordeiro (2001) dentre outros referenciados entende igualmente que, as intervenções na sociedade e em particular na saúde são crescentes e que, a reforma no Brasil, tal como prevista na Lei está se realizando com oscilações, avanços e recuos que se traduzem em ambigüidades, conflitos e contradições em relação às mudanças no papel do Estado, à partir dos anos noventa, especificamente na formulação e indução da política de saúde.

Em epílogo constata este autor que a globalização levou os Estados a perderem sua capacidade de formular e programar políticas nacionais de desenvolvimento e, de se focalizarem no ajuste fiscal que reside na volúpia permeada pela compressão do tempo sobre o espaço das pressões da mundialização financeira. A crescente evidência das iniquidades em saúde tiveram a devida ressonância de sua denúncia no âmbito da sociedade civil organizada. A ABRASCO, entidade “top” na linhagem acadêmica nacional da área teve, como temáticas centrais de seus Congressos em 2000 e 2007, a “Iniquidade em Saúde” e a Equidade e a Ética” no cuidado à saúde.



Figura 5 - XIV Congresso da Associação Internacional de Política de Saúde, X Congresso da Associação Latino Americana de Medicina Social e IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde em Salvador, Jul/07

Tema: Equidade, Ética e Direito à Saúde: Desafios à Saúde Coletiva na Mundialização.

Fonte: Boletim da ABRASCO, 2007.

A condição de vanguarda e vigilância acadêmica na discussão político setorial levou esta entidade a criar em 2005 a Comissão sobre os Determinantes Sociais em Saúde - CDS. Composta por notáveis e intelectuais orgânicos das reformas sanitária italiana como Giovanni Berlinguer e brasileira e dos movimentos sociais, com as finalidades de discutir, analisar e acompanhar os determinantes sociais em saúde. Ato que demonstra além da vigilante atuação desta entidade, um atestado da incipiência na redução das desigualdades em saúde e do controle social, doravante chamado regulação social que aliada à regulação institucional exercem a governabilidade setorial.

Neste sentido, se expõe o entendimento do qual, esta forma de governabilidade rege o avanço na organização e efetividade de conquistas da

reforma no interior do SUS e na produção social da saúde/doença. A regulação social está legalmente prevista, não como indução retórica e sim como estratégia moderna de princípio organizativo como inegável alavanca aos avanços de implementação de sistemas sociais democráticos.

A anêmica regulação social se comprova também na medida do avanço das ações do judiciário sobre o setor; nas inações deliberativas dos Conselhos de Saúde; na não implementação das deliberações das Conferências de Saúde e nos dados de governabilidade que se encontram no quinto capítulo. Por exemplo, em dissertação de Vilar (1994) e em artigo de Hetzel de Macedo (2003, p.2) dentre outros, esta sistematizou que:

[...] a instabilidade dos gestores, a excessiva burocratização na liberação dos recursos, permitem colocar em questionamento as concepções simplistas dos reformistas de esperar que as mudanças do sistema seria uma consequência natural da democratização da gestão e que esta democratização é sinônimo da participação.

Reflexo da apatia da sociedade civil da população brasileira como um todo em exercício de cidadania, ao ponto de suscitar que desconhece seus direitos, formas de acesso e inserção no sistema pelo acúmulo de experiências negativas de não resolutividade dos seus problemas objetivos com a justiça e com a saúde. Por outra via, essa governabilidade em inversão pela incipiência da regulação social e devido a esta se evidencia a crescente regulação institucional pelo poder judiciário através das promotorias públicas.

Esta instância jurídica suplanta a retração social, como guardião do cumprimento dos direitos à saúde. Em reforço ao discutido nos primórdios de implantação do projeto de saúde pública no Brasil, em conjunturas de agravamento do quadro social e de gestão do setor da saúde pública ocorre uma onvergência formal de sistematização, do saber acumulado, de ações transversais e de efetividade na melhoria dos indicadores que independem de mudanças estruturais sobre as condições de vida e a situação de saúde.

Conforme observação anterior que na década de noventa, a mundialização financeira reduziu a capacidade dos Estados nacionais na

condução de sua política econômica, na estruturação de chances de crescimento, de criação de empregos e de redução das desigualdades sociais. Na discussão de gestão das políticas públicas se afirmou da criação, aglutinação e expansão dos programas sociais no período analisado.

Dentre estes programas sociais, no setor saúde o PACS / PSF e sua expansão no PROESF, a priori considerado focal e de alto custo/efetividade, mas a tendência apontava na sua hegemonização. A focalização ou verticalização, enquanto categoria analítica de intervenções em saúde consiste na conjugação de ações tópicas, pontuais e tecnologicamente racionalizadoras. De igual expansão foi o papel indutor do governo central na institucionalização e descentralização de responsabilidades para os municípios com programas parcialmente financiáveis e “per capita”.

No setor saúde, o destaque se deu com o fortalecimento da municipalização para os programas de atenção básica, através de Pisos e Pactos de financiamento programáticos para assistência e vigilância à saúde como um todo, os quais se iniciaram com o Programa de Atenção Básica - PAB; PACS e PSF. Se registra que, arranjos institucionais de formulação, organização de políticas setoriais dessa natureza de planejamento nascente em alguns municípios brasileiros são de origem andina e centroamericana.

Igualmente são considerados de boa direção na conversão de modelos assistenciais locais de saúde são institucionalmente nominados como transitórios e estratégicos à conversão do modelo assistencial do SUS via reorganização da AB com o PSF. Formulações que segundo os dados que se dispõe se materializam em ações focais, campanhistas, não integrais e excludentes ao contrariar os princípios do sistema no qual se inserem. Remetem à apologia da homogeneização social por arcabouços jurídicos ou princípios doutrinários, externos à luta política como ideários utópicos, iluministas. (CONTANDRIOPOULOS, 1995).

É de razoável extensão a produção científica que analisa o entrelaçamento da equidade na assistência em saúde com o financiamento, a efetividade / desempenho programático por indicadores pactuados. Entretanto,

no que se refere à indissociabilidade dos princípios doutrinários do sistema e o nucleamento da atenção em sua expressão democrática em saúde é ainda incipiente. Seja em nível internacional ou nacional.

A elevação dos diferenciais entre ricos e pobres e, o impacto nas questões sociais na expressão das desigualdades em saúde em relação à equidade integra a agenda de entidades e de organismos internacionais. Desde o citado debate da OPAS (1990 e 2003) WHO-OMS (1996 e 2001); Black e Mittelmark (2001); o Relatório State of the Future Report do Millenium Project de 1997 (apud Almeida-Filho, 1999) atestam que a efetividade das ações em saúde com relação à equidade está na pauta desde o início dos anos noventa. Pontua-se que os destaques destas reflexões ecoam na concepção de efetividade em política de saúde aqui adotados.

Nesta ordem conceitual se expõe que autores assinalam que um corte vertical em análise dessas políticas se constitui em mera abstração, na medida da transversalidade que tecem as ações na inter setorialidade da estrutura social. Indicam o que se sistematiza de Black e Mittelmark (2001). As políticas e ações para melhorarem a equidade em saúde e o estado de saúde só têm impactos positivos e recíprocos, com o fortalecimento comunitário, econômico produtivo e político que produzem uma eficaz advocacia na redução das diferenças em saúde.

Em reprise, os relatórios 2000 e 2003 da OMS já apontaram os limites da implementação do sistema de saúde brasileiro, quanto ao cumprimento dos seus princípios. A avaliação se destinou a examinar a extensão de eficiência na integralidade e na equidade da assistência médica mundial, nos sistemas de saúde. Neste quesito de equidade, o Brasil foi colocado na posição de número 125 do ranking estabelecido no ano 2000, e em até 28 casas menos, em 2003. O nível de equidade se encontrou pior, quando essa instituição analisou o tratamento médico dos atos considerados mais complexos da assistência.

O sistema de saúde francês e o italiano foram avaliados como os mais eficientes e os mais equânimes seguidos do sistema japonês e do norueguês considerados os mais integrais na assistência à saúde de suas populações. As

reações do Ministério da Saúde aos resultados desse relatório foram veementes no sentido de contestar o método e, por conseguinte o grau de veracidade da avaliação utilizada por aquela organização.

A desqualificação político institucional quanto aos procedimentos metodológicos utilizados em estudos que trazem à luz, as reais condições de vida da população e da efetividade das intervenções de governo são recorrentes neste país. Longe de avaliar a racionalidade de gestão, o que focaliza o citado estudo é um perfil de sistemas de saúde, avaliados pelo mesmo método e termos de referencia, em distintos países e por autoridade competente do setor sanitário internacional.

A linha de questionamento da equidade em saúde, enquanto princípio e núcleo focal do financiamento à promoção da saúde, em nível nacional foi objeto de dissertações, teses, artigos e em Congressos subsequentes da ABRASCO. De Teixeira (1994), a síntese na qual são crescentes as intervenções na sociedade e na saúde. A relação estado e saúde das sociedades modernas sob a ótica histórico estrutural produz intervenções que têm o caráter de classe. Assinala a autora o que se reitera sobre as relações entre a estrutura de classes e as políticas e práticas no campo da saúde, que elas estão imbricadas nos níveis dessa produção social .

Cordeiro (2001) avaliou que a reforma de saúde no Brasil sob o prisma do previsto na Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, nº 8742, de 1993 está se realizando com oscilações e “ambigüidades”. Reforça a explicação da perda na capacidade estatal de formulação de políticas nacionais de desenvolvimento e da assunção na centralidade do ajuste fiscal permeado pelas pressões da globalização do capital. Sobre o curso da reforma sanitária, bem avaliou o desempenho da descentralização e da universalidade, mas admitiu as dificuldades na universalidade com equidade. Esta reflexão foi de igual período em que o SUS foi avaliado pela OMS.

Araújo (2003,173 p.), em dissertação sobre os limites de alcance de equidade pelas possibilidades da regulação institucional por normatização operacional definanciamento da atenção básica analisa que:

O processo de descentralização no âmbito do Sistema Único de Saúde, que se pauta por uma sociedade democrática, produziu uma espécie de movimento sócio-territorial. A política de saúde ganhou capilaridade na vida cotidiana dos cidadãos brasileiros [...] a delimitação das áreas de abrangência das Unidades de Saúde, os Distritos Sanitários ou os Programas de Saúde da Família. Em que pese o avanço dos estados e municípios na gestão das políticas de saúde, permanece uma ampla desigualdade na distribuição da oferta de serviços.

Esta mesma autora analisa o processo de descentralização no âmbito do SUS e enfoca a dimensão político institucional do financiamento “como forma de alcançar equidade social”, afirma que tal processo se pauta por uma sociedade democrática e que produziu uma espécie de movimento sócio territorial segundo o qual,

[...] a política de saúde ganhou capilaridade na vida cotidiana dos cidadãos brasileiros...com a delimitação das áreas de abrangência das Unidades de Saúde, os Distritos Sanitários ou os Programas de Saúde da Família. Em que pese o avanço dos estados e municípios na gestão das políticas de saúde, permanece uma ampla desigualdade na distribuição da oferta de serviços. (ARAÚJO, 2003).

Araújo nesta dissertação destaca ainda, a relevância que o problema das desigualdades em saúde vem assumindo no Brasil, não apenas no debate acadêmico, mas no discurso político e no compromisso doutrinário expresso na legislação. Assinala que, apesar das divergências em torno do conceito de equidade, se observa relativo consenso sobre a necessidade de intervenção do Estado no sentido de combater as desigualdades “evitáveis e injustas”.

O gasto público em saúde foi considerado pela referida autora como uma das ações de maior impacto sobre as desigualdades sociais e que, a equidade na distribuição de recursos financeiros nesse setor é condição necessária, embora que não suficiente, na superação dessas desigualdades. Nos dados dessa dissertação também se comprovam as diferenças inter regionais em termos de morbi mortalidade e organização dos sistemas de saúde os quais transcrevem a assimetria nas condições de saúde e oportunidade de acesso aos serviços, cuja dimensão justifica “a discriminação

positiva das áreas mais pobres”. Análise comparativa dos resultados dessa autora quanto à distribuição de transferências federais por região, em relação ao desempenho das mesmas, nos indicadores de saúde apontam:

[...] uma situação de iniquidade distributiva dos recursos federais em saúde, favorecendo financeiramente regiões com melhor perfil epidemiológico e melhor oferta de serviços (sul, sudeste, centro-oeste) em detrimento de outras com resultados sugestivos de maiores necessidades de saúde: (norte e nordeste). A região sul apresenta o melhor desempenho nos indicadores de saúde e o maior valor per capita de transferências federais, enquanto a região norte encontra-se em situação inversa, com os piores resultados nos indicadores de saúde e o menor valor per capita. . (ARAÚJO, 2003,).

A distribuição de recursos federais no financiamento da Atenção Básica são exceção, nos dados produzidos por Araújo que comprova as alocações privilegiadamente para as Regiões Norte e Nordeste com “tendência mais equitativa”. A autora advoga a pertinência de se levar em conta o problema da iniquidade na distribuição de recursos financeiros na norma NOAS-SUS 2001.

Com base nos valores expressos nesta norma e na bibliografia consultada pela mestra a distribuição de recursos se deu por critérios populacionais. Os quais, “produziram efeitos até contrários ao que seria desejável ao pulverizar recursos e induzir maior responsabilização dos gestores”. Propôs ainda a alocação de recursos, segundo as necessidades de situação social e sanitária de desigualdade.

Machado (2004) em artigo extraído de dissertação sobre os efeitos que causou a norma do Piso da Atenção Básica - PAB em Minas Gerais, com relação na efetividade dos recursos alocados e impacto na assistência chegou a conclusões semelhantes às de Araújo (2003) e de Carvalho (2004, 245p.). Pelo viés do financiamento e arranjos normativos, esta autora avaliou os efeitos sobre a clientela exclusiva do PSF no município de São Paulo.

Se questiona a positividade nos resultados anunciados no que se refere ao impacto populacional porque não foi avaliada a atenção básica tradicional em contraponto de mesma base territorial. pelo que sugere a

associação de procedimentos que avaliem os diferentes aspectos das desigualdades sociais e em saúde, por extratos de condições de vida; que as taxas de mortalidade por homicídios são importantes reveladores das desigualdades sociais; e, a serie historica utilizada comprovam que essas desigualdades na mortalidade estão persistindo naquele município.

Em diálogo com estas três últimas autoras, a autora desta tese entende que essas autoras projetaram suas lentes com o fito de visualizar como essas estratégias impactam na equidade da assistência básica. Os resultados da primeira foram de pouca significância e indicativos de que, a via desses arranjos para alcance de conversão de modelo universal com integralidade e equidade em sociedades extremamente desiguais, já se reafirmou de Callinicos que tem limites.

A este respeito Lecovitz (2002, p.292-293), em artigo que avalia a implantação das normas NOAS-SUS (de financiamento ao setor) analisa que o “SUS foi sendo esculpido a golpes de portaria”. Entende-se que este autor assinalou que tais procedimentos buscaram modelar a assistência na tentativa de arranjos burocráticos para contornar a ordem social na produção da saúde e elastecer os limites que têm a assistência.

4.4 Dualidade e Agenda Setorial

Em epílogo do percurso desse projeto, se esboça uma análise entrelaçada, com as fundamentações postas neste texto e as elaborações realizadas por Draibe (1990), Viana (2006), Senna (2002), Donnabediam (1992), Cohn (2006) e Vasconcelos (2005) sobre processos, financiamento, dualidades e equidadena assistência. Legislado pela realidade estrutural e social como universal e complementar com o sistema privado. As conclusões de Vasconcelos(2005) em tese intitulada “Os Paradoxos do SUS” foram:

Princípios reformistas de política pelo Sistema de Saúde; queda do potencial utópico dos princípios do SUS; o ideário privatista/hospitalocêntrico é hegemônico; o sistema político não legitima o SUS; a permeabilidade das redes sociais no Estado abstrato e ausente da regulação público/privada,

clientelista, árbitro de práticas e saberes que dificultam a implementação dos princípios doutrinários e emancipalistas; burocratizado, emperrado e ineficaz; os espaços de negociação dos pactos federativos repercutem negativamente nas diversidades regionais e municipais do federalismo brasileiro que requer outras bases de Regionalização; o paradoxo explica-se na fragilidade das forças sociais; o uso do financiamento/gastos racionalizados com elevada supremacia na alta complexidade; a normatização via (PAB, NOAS e PPI) que deveriam ser racionalizadoras são burocratizantes, junto com a fragmentação do financiamento contraditório à racionalização, que não subsidia o planejamento e sim um desenho incrementalista; aumento de recursos e apoio à A. B., PROESF e Hospitais de pequeno porte e incentivos às populações rurais de menos de 30.000 hab e indígenas; criação de Vigilância à Saúde fragmentada e compartimentalizada; esboço de uma nova racionalização via indução de financiamento a programa de Promoção à Saúde 2005-2006; o Conselho Nacional de Saúde tem como agenda principal o financiamento das ações; a XII CNS foi um estaque de 10 anos em discussão; Uma Babel: seus atores são monocraticamente deliberativos e se superpõem à força das próprias Conferências; a tripartite gesta um discurso de romper o estigmatismo; a precarização do trabalho; a dinamização do controle social; o redimensionamento da gestão e dos pactos; a descontinuidade das políticas e dos programas; a radicalidade do discurso sanitário não traduz a prática da realidade do sistema de saúde; e, o CONASEMS é manipulado pelos municípios maiores. (fruto do conflito federativo). (VASCONCELOS, 2005,)

Considera-se que este autor ao referir-se aos dilemas na reforma, estes são inerentes aos processos aparentemente contraditórios que o próprio autor menciona serem existentes em uma dada intervenção na recorência do reformismo político, constantes em sociedades de desenvolvimento desigual e fragilidade da sociedade civil. Vasconcelos (2005) sinala o caráter de seletividade do processo social no Brasil, em referência Santos (2002), no que este autor assinala que não está dissociado do processo histórico. Das intervenções sobre o social como elo de uma corrente mais longa, que é tecida desde o início do século XIX.

Em concordância com estas reflexões, se acrescenta deste autor o que avalia sobre o critério de seletividade das políticas que criam pelo abandono, um exército de párias urbanos e rurais sem lugar no processo produtivo e na comunidade política. Se faz mister referir-se a Poulantzas (1977) e Offe (1984)

para pontuar: a mediação dos interesses conflitantes pelo Estado tem o caráter de classe; em corte vertical aos socialmente horizontais; segundo os critérios de seletividade das intervenções.

Agenda setorial saúde: segundo os dados do Caderno de Informação da Saúde Suplementar publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), o setor da saúde privada elevou seu crescimento em 30% a partir de 2000. Nos últimos seis anos 10,2 milhões passaram a ter um plano de saúde no Brasil; o total subiu de 34,5 milhões para 44,7 milhões em ritmo superior ao crescimento populacional do período e elevou de 34,5 milhões para 44,7 milhões o total de beneficiários, numa variação de 30%.

A taxa de cobertura do setor aumentou de 20,8% para 23,9% da população. Dados da avaliação da Atenção Básica realizada pela USP nos ELB divulgados em 2006 comprovaram que dentre os usuários do SUS em São Paulo, 15% deles têm plano de saúde privado. É estimado que 30% da população brasileira paga planos de assistência à saúde o que significa que a universidade é piramizada e não equânime posto que os que pagam são os que formalmente contribuem em impostos.

Duplicidade tributária e previdenciária que se avalia juridicamente, "*bis in idem*". A maior oferta de planos odontológicos, a melhoria na renda da parcela mais pobre da população e o emprego formal além da não resolutividade horizontal e integral do sistema são as causas apontadas para o crescimento da privatização da assistência. Fausto Pereira dos Santos (2007, online), presidente da ANS avalia que a principal explicação para o crescimento do setor foi a melhoria do emprego formal. "Apesar dos planos individuais também crescerem, a ANS tem registrado um aumento principalmente nos coletivos. Isso se explica porque, ao entrar numa empresa, o trabalhador imediatamente adere ao plano".

Os pontos centrais de definição dessa agenda são de pensamento universal, das modernas linhas da saúde pública mundial e dos sanitaristas brasileiros. A questão central consiste na dimensão da promoção da saúde

como classe social, renda, trabalho, acesso à moradia com saneamento, alimentação e nutrição. De ordem estrutural e inter setoriais das interfaces entre saúde e habitação, saúde e saneamento, nos investimentos que o Plano de Aceleração do Crescimento - PAC pode impactar na saúde coletiva.

O ministro da saúde, José Gomes Temporão defende a adoção de políticas inter setoriais, com interfaces entre saúde e habitação, saúde e saneamento. Idealiza um grande movimento nacional de promoção da saúde com inclusão de integralidade na assistência e quebra de diferenciais por gênero ou patologia. Aborda os temas extra setoriais como os acidentes de trânsito movidos pelo consumo de álcool e outras drogas em estradas mal sinalizadas, impunidade e desinformação. Em relação ao álcool induziu pela legislação a coibição de venda de bebida em torno das estradas.

Em nível mundial, o setor saúde em termos de serviços e produção tecnológica é dos setores da economia terciária que mais gera produtos, conhecimento e emprego. Uma das metas definidas no debate da OPAS em 1990. O setor bancário e o industrial automobilístico reduz o emprego pelo uso da automação enquanto o da saúde é um mercado de trabalho em franca expansão, pela demografia descrita. Os dados de demografia indicam que a população está envelhecendo mais rapidamente. Serão mais de 30 milhões com mais de 60 anos com demanda de cuidados específicos com a saúde.

O movimento de democratização do Brasil colocou na Constituição de 1988 um conjunto de direitos sociais, inserindo a saúde como dever do Estado e direito do cidadão. Do ponto de vista social, o país avança com a inclusão e a redução da desigualdade, apesar do passado colonial e escravista ainda enraizado na sociedade. Na economia, dois complexos de atividades produtivas alavancaram com a articulação entre o Estado e a iniciativa privada: o industrial militar e o da saúde. Áreas com os maiores gastos de pesquisa e desenvolvimento do mundo que compõem segmentos produtivos estratégicos do potencial econômico e político dos Estados líderes na economia mundial.

O Fórum Global para a Pesquisa em Saúde revelou, em 2006, que a saúde responde por 20% da despesa mundial, pública e privada, e que as

atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico representam US\$ 135 bilhões. Dado revelador do papel central da saúde na sociedade do conhecimento e do caráter excludente da globalização é o de que os países de média e baixa renda respondem por apenas 3% desse total, com participação concentrada em atividades de menor densidade tecnológica e potencial econômico. Traços do descompasso entre as necessidades de saúde dos países menos desenvolvidos e a base econômica e de inovação mundial.

A saúde deve ser compreendida a partir da dimensão de política social cuja produção se configura em um complexo social produtivo, com vínculo entre segmentos industriais de alto dinamismo e prestação de serviços assistenciais. Esse complexo incorpora os novos paradigmas tecnológicos determinantes do dinamismo das economias, como fármacos, biotecnologia, eletrônica, nanotecnologia e outros, articulados com a prestação de serviços e que requerem conhecimentos qualificados.

O entendimento dessas atividades como ônus ao orçamento público é cego. O segmento contribui para cidadania, investimentos, inovações, renda, emprego e receitas ao Estado. A cadeia produtiva representa entre 7% e 8% do PIB no equivalente a R\$ 160 bilhões. Emprega, com trabalho formal, 10% da população e é a área em que os investimentos públicos com pesquisa e desenvolvimento são os mais expressivos.

O mercado farmacêutico brasileiro movimenta R\$ 22 bilhões. Em equipamentos médico hospitalares, R\$ 6 bilhões, e vacinas, reagentes e hemoderivados, R\$ 3 bilhões que geram 300 mil empregos diretos. Na prestação de serviços, 77 mil estabelecimentos de saúde empregam 1,6 milhão de pessoas, mais da metade com nível superior e alta qualificação. Por ano, o SUS realiza 2,8 mil transplantes renais, 215 mil cirurgias cardíacas e 9 milhões de procedimentos de rádio e quimioterapia, refletindo capacitação do sistema que se destaca entre países com grau semelhante de desenvolvimento.

É consenso que existe fragilidade na alocação de recursos financeiros ao setor como um todo, bem como uma fragilidade econômica e tecnológica nesta subdimensão do sistema. Indústrias perderam competitividade

internacional na década de 90 e o déficit acumulado cresceu de US\$ 700 milhões ao ano, no final dos anos 80, para US\$ 4 bilhões, sendo 60% concentrados na área farmacêutica. Um país desenvolvido requer base produtiva forte para atender a inclusão social e atenuar as desigualdades.

O Brasil tem cabedais para enfrentar e superar essa situação: tem base produtiva, ciência, recursos humanos qualificados e sistema de saúde legislado universal que conferem ao Estado elevado poder de compra de bens industriais, com financiamento de longo prazo pelo BNDES. Requisitos peculiares na realidade latinoamericana que tornam o setor saúde uma das frentes de expansão e janela de oportunidades ao padrão de desenvolvimento humanizado, equânime e solidário.

5 PARA A CRÍTICA DOS PROCESSOS DA POLÍTICA SETORIAL

O SUS é uma das inequívocas conquistas nacionais. Sua efetividade está condicionada a questões que são explicáveis, pela natureza dos conflitos existentes nos processos sociais, pelos critérios de seletividade assistencial das políticas sociais do politicamente definido como prioridade. Pela incipiência na regulação institucional e social, além de dificuldades nos processo da gestão setorial.

O entendimento de que a porta de entrada nesse sistema é a atenção básica aliado às evidências de estrangulamentos no acesso aos níveis considerados mais complexos da assistência requer um histórico desta atenção. No Brasil, uma das raízes da atenção básica, original, ideológica e predominantemente nominada primária em saúde está vinculada ao movimento da Medicina Preventiva, com abordagem integral no cuidado à saúde.

Proposição que consiste em uma atenção da qual, o indivíduo sob assistência médica deve ser considerado, a partir das interfaces de sua realidade sócio cultural. A abrangência desse nível de atenção inclui o atendimento que é realizado em primeiro lugar, mais próximo do cotidiano e do territorialização dos indivíduos e das famílias.

Existe considerável acúmulo de experiências, medidas e propostas de atenção primária surgidas, principalmente a partir dos anos de 1960, as quais se constituem em paradigma cultural dos seus diferentes momentos. Esta forma de atenção na fase inicial da assistência antecede e define uma série de outros cuidados que deverão ser disponíveis por outros níveis de atenção mais complexos. Contudo, a atenção primária em saúde surge de um movimento da formação médica e só posteriormente foi remetida ao campo de competências dos serviços de saúde e da organização de suas ações.

Seus passos se deram, sob o signo da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária que fundamentaram e desenvolveram a atenção primária através de programas docente assistenciais. Programas que aproximaram a

formação médica e as ações de saúde junto à comunidade, cujas experiências provocaram uma extensa reflexão a respeito da insuficiência e desigualdade na distribuição e uso dos recursos em saúde, no que se refere às populações consideradas de maior risco social aos processos de morbi mortalidade.

Os anos de 1960 foram marcados pela disseminação do ideário da Medicina Preventiva e das práticas de atenção primária oriundas principalmente do meio acadêmico que na década de setenta foram pródigos em institucionalização de programas nessa linha. Outra questão a destacar e que embasa as análises que se faz sobre a reorganização desta atenção neste capítulo é a seletividade que crivou suas práticas. Característica nascente em cenários de crise econômica, durante a década perdida dos anos 1980 e na emergência dos governos neoliberais nos países desenvolvidos. Países sede de agências de apoio a projetos de desenvolvimento de países periféricos na adoção de programas seletivos de atenção primária.

Na tentativa do exercício analítico de pertinência, se aproxima do foco proposto. Neste sentido, se considera que a atenção básica, como nível estratégico da organização dos serviços de saúde depende da capacidade de articulação dos recursos essenciais para o enfrentamento e resolução de problemas de saúde, em todos os seus meandros processuais. Outra lógica que orienta esse exercício é a de que, a construção de sistema de saúde precisa ser assumida de forma que possibilite maior flexibilidade das suas estruturas organizacionais em cada território e de um aporte tecnológico que se aproxime o quanto possível, das necessidades sócio culturais da população na complexidade contida no processo saúde doença.

A definição de atenção básica para o Ministério da Saúde é de “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação”. (BRASIL, 2006c, p.). A literatura percorrida revelou a lacuna existente de pesquisas voltadas para avaliação organizacional ou de desempenho desta atenção. Igualmente é escassa a produção de análises de uma visão crítica dos mecanismos institucionais de seu monitoramento e avaliação.

Sua avaliação pressupõe um olhar primeiro sobre uma questão anteriormente discutida. A da excessiva recorrência à regulação no setor saúde entendida como um procedimento frenético que se extrapola dos processos políticos constituintes da gestão pública.

O chamado frenesi legislativo se comprova na existência de mais de dois mil dispositivos constitucionais aos quais somados até junho de 2008, sessenta e seis projetos de emendas ao texto. No setor saúde reside um considerável engenho e arsenal de normas que remetem à citada avaliação de declínio institucional na evolução do direito romano, em Camus. A discussão no capítulo anterior buscou luzes sobre a inserção do princípio de equidade na construção do projeto de saúde pública, cujas lentes aproximaram o *zoom* de seus estudos sobre a regulação: financiamento e de práticas programáticas destinados à conversão do modelo assistencial.

Com base nos resultados dessas projeções e da revisão desta temática, se menciona a ocorrência de frequente equívoco. No entendimento de que, os indicadores de desempenho de regulação programática são também um instrumento de avaliação da assistência prestada à população. Por exemplo, os indicadores do Pacto da Atenção Básica 2006 e dados de desempenho obtido pelos indicadores de saúde do Sistema de Informação a Atenção Básica - SIAB. Dados utilizáveis para avaliação e monitoramento de ações desenvolvidas, em unidades deste nível da atenção, não pertinentes à finalidade avaliativa de impacto, de efetividade em saúde ou conversão de modelo assistencial.

Sobre estratégias de conversão de modelo se observa que a reorganização da assistência com esta finalidade no sistema único de saúde se deu na conjuntura de proposituras da reforma da reforma sanitária brasileira. Estes dois momentos, não estiveram desconectados dos ajustes produzidos no redesenho da geopolítica mundial pelas políticas de liberalização, racionalização e tamanho do Estado. Ajustes que em parte explicam para o chamado *frenesi* regulatório setorial. É importante considerar que propositores e orgânicos dessa ordem sanitária: Arouca (apud GUIMARÃES, 1978), Campos (1992), Cordeiro (1987, 1996, 2001), Mendes (1996, 2004), Paim

(1999) e Teixeira (1994, 1998), dentre outros orgânicos dessa ordem, não incorreram em revisionismo da proposta de reforma que propuseram. A leitura procedida - sobre o segundo momento de evocação da reformada da reforma - informa que os questionamentos e proposições sobre o seu curso se referiam a ajustes processuais. Sobre os descompassos quanto a implementação de formulações e metas de avanço real para o modelo assistencial basicocêntrico, universalizado, integral e equânime.

A análise de pertinência que se tenta é sobre o alcance destes princípios com fulcro na equidade em saúde e na pretensa conversão de modelo assistencial através da reorganização da atenção básica com a estratégia PSF. Neste intento, as provas e discussões oriundas de campo empírico de pesquisas institucionais que avaliaram a atenção básica, através da expansão - do conhecido saúde da família em sua evolução - PROESF.

Considera-se que as provas e discussões elencadas nos itens 5.1 e 5.2 são auto explicativas às inquirições contidas nas questões de pesquisa deste trabalho e reforçam o cabimento epistêmico da hipótese inicial. Em antecipação de sumário analítico, se considera que: o PSF deu visibilidade aos processos de assistência básica os quais geraram duplicidades intra centros de saúde e, no interior da rede. As duplicidades consistem na má oferta de serviços, má distribuição da física da rede, ao ponto de se comprovar a coexistência abrigada no mesmo centro e em prédios frontais.

A atenção básica tradicional com maiores abismos na assistência prestada aos mesmos indivíduos com a assistência PSF de clientela fechada. Provas inequívocas de iniquidades e impertinência dessa estratégia na conversão do modelo assistencial estão detalhadas no item 5.2 o dos resultados e discussões de estudos - que avaliaram a atenção básica entre 2004 a 2006, na fase expansionista PSF.

5.1 Reorganização da Atenção Básica

A crise setorial da saúde acumulada na década de oitenta pelo modelo privatista, anterior à reforma levou os rescaldos - como todo modo de produção social que se decompõe e transita para outro - para o nascedouro da nova ordem sanitária brasileira no início dos anos noventa. Nesse nascedouro, o acúmulo das desigualdades sociais e em saúde aliados: a ampliação da demanda de novos assistidos pela universalização promovida com a reforma, retração financeira pelos ajustes neoliberais dessa mundialização com critérios de seletividade de assistidos em políticas públicas.

Os impactos negativos em saúde oriundos dessa ordem estrutural, na conjuntura de edição da reforma agravaram a situação de saúde coletiva e sobrecarregaram a pesada agenda do setor da saúde pública. Os debates de organismos de competência temática sobre o crescente nesta forma de desigualdades desaguaram em receituários de agências de fomento ao contorno de questões sociais, na produção literária da medicina social, em nível internacional e nacional.

No Brasil, a reorganização da assistência à saúde teve sua inspiração em programas de atenção primária e de medicina de família bem sucedidos. Cuba, México, países andinos e do cone sul deste Continente emitiram vozes e luzes aos arranjos programáticos adotados nessa etapa processual. Deste diapasão organizacional de projeção continental ecoaram estratégias estruturantes à evolução do projeto de saúde pública com o SUS. De início, a regulação institucional com a tributação “exclusiva para a saúde”.

Com a criação do IPMF em 1994, CPMF em 1996, sua extinção em 2007 e (seu renascimento na EC n. 29 com a Contribuição Social para a Saúde CSS), em junho de 2008. Os abismos sociais alargados pelos ventos do “dilúvio” neoliberal acumularam barreiras no estágio decisivo da estação da ordem sanitária. A CPMF e posteriormente a composição da emenda 29 foram de indução estruturante na reorganização da assistência.

Em 1999 já se desenvolviam experiências locais bem sucedidas em atenção de Saúde da Família. No interior do Ceará, a experiência do programa de agentes comunitários de saúde – PACS se somou ao saber acumulado em programas docente assistenciais antes referidos, os quais geraram *accountability* e possibilitaram um novo paradigma assistencial na atenção básica de saúde: o PSF. A EC 29 foi a mola mais dinâmica ao PROESF.

Em discussão preliminar sobre o PROESF se expõe que, este programa evidenciou a importância de integralidade nos processos do cuidado à saúde utilizados nas práticas do PSF, pretendeu reforçar e reorganizar a assistências, par e passo com a atenção básica em toda a rede. A expansão do PSF, neste sentido foi estruturante e estruturado na rede de serviços de saúde, não se encerrou em si mesmo. Esta direção é a mesma que rege a AB, nível de acesso aos demais e que tem de ser resolutive às necessidades dos usuários, ao fluxo de recursos para atender tais necessidades nos níveis de atenção de média e de alta complexidade.

Dos ensinamentos sobre a temática em avaliação e no cuidado à saúde constantes em: Barata (1997), Hartz (2002), Contandriopoulos (1995), Donnabedian (1992), Draibe (1990) e autores utilizados em revisão deste trabalho, se apreende que elenco integralizantes de procedimentos organizativos são essenciais à viabilização e alcance dos princípios da integralidade e de equidade. No cuidado assistencial prestado pelo SUS, a ênfase direcionada ao cumprimento de intenções do PSF, contidas em Brasil (2003,) cuja expansão teve como objetivos maiores:

- Sua auto implantação e consolidação em municípios com mais de 100 mil habitantes;
- Elevar a qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços;
- Buscar otimizar e assegurar respostas efetivas para a saúde da população.

Com estes objetivos, a pretensão e meta maior foi a de converter o modelo de atenção básica em si mesmo: a estratégia Saúde da Família, através da conversão por dentro da rede, com a incorporação dos seus princípios organizativos. Direcionados ao cuidado à saúde de populações na

reafirmação dos princípios do sistema no qual se insere: descentralização; integralidade e hierarquização dos serviços; territorialização e cadastramento da clientela; participação e controle social; atuação com base em equipes multiprofissionais. O significado de conversão do modelo, para essa lógica programática consiste no sentido de que as grandes cidades adotem processos sustentáveis de mudança e implantação de instrumentos de transformação. Procedimentos que gerem visibilidade na operacionalização de um sistema de atenção hegemônico. A regulação programática para alcance dessa materialidade, persegue as seguintes características:

- Apoiado nos princípios de saúde da família;
- Baseado nos conceitos de risco social e epidemiológico;
- Na noção de território;
- Fortalecimento dos vínculos entre a população usuária e os serviços;
- Desburocratização;
- Na equidade;
- Racionalização do acesso aos cuidados de baixo ou alto grau de incorporação de tecnologias instrumentais;
- Na transformação dos processos de trabalho e nas práticas dos profissionais de saúde;
- No desenvolvimento efetivo de ações inter setoriais e de promoção de saúde; e,
- Na introdução de sistemas de avaliação e monitoramento das ações compatíveis com as mudanças indicadas e acessíveis ao escrutínio da população.

O entendimento institucional expresso no citado documento explicita que para se efetivar a almejada conversão exige o enfrentamento de desafios que a produção da saúde impõe na complexidade de sua operacionalização. Em territórios rurais ou urbanos de cidades de grande e pequeno porte, com adstrição específica de cada realidade epidemiológica quanto à organização e a utilização dos serviços de saúde para estas populações.

Os Estudos de Linha Base - ELB foram realizados através de instâncias multicêntricas cujas diferentes abordagens metodológicas nas pesquisas avaliativas foram concebidas pelos avaliadores externos convidados pelo ministério promotor do estudo, como alternativas promissoras de avaliação. Foram desenvolvidos no momento da expansão das equipes da saúde da família, com base em um Termo de Referência - TDR. Este não foi excludente a outros estudos complementares às demais etapas de

implementação dos processos e estratégias de acompanhamentos previstos. Os resultados e produtos desses estudos tiveram como intento “uma função sinérgica com o compromisso assumido por cada um dos municípios em proceder análises regulares e sistemáticas que dimensionem o funcionamento e impacto dos serviços realizados a partir da referida expansão”. (BRASIL, NAÇÕES UNIDAS, 2006d).

5.2 Conversão e Equidade na Assistência

O PSF, estratégia hegemônica da política de saúde entre 2003 e 2006 para conversão do modelo assistencial foi alvo de avaliações constantes do Programa de Avaliação de Desempenho em Saúde - PROADES além da sua expansão avaliada nos ELB. Pesquisa nacional avaliou o desempenho do PSF em relação aos indicadores da atenção básica de saúde, no período de 1998 a 2004. A pesquisa promovida pelo MS, através do Departamento de Atenção Básica foi assinada por Carvalho (2004).

Os dados indicam que a estratégia programa cresceu 411% nos seis anos avaliados. A descrição efetuada compara a evolução de indicadores de saúde pelos estratos de cobertura programáticos. Utiliza o IDH-m para justificar que a população alvo é de risco social e a meta de cobertura da população territorializada, em cidades de menos de vinte mil habitantes para afirmar que a adoção dessa estratégia na condução das ações de saúde estava presente, em mais de 80% dos 5.560 municípios brasileiros e por regiões do país.

Dentre as conclusões de Carvalho se encontram as seguintes afirmativas. A existência de um padrão de aumento progressivo da adesão dos municípios brasileiros ao programa, a admissão de que evolução ocorreu independente do porte populacional dos municípios. Entretanto, em termos percentuais, os municípios maiores apresentaram velocidade inicial de adesão superior aos municípios menores. Em 1998, o percentual de municípios de grande porte com PSF implantado (45,02%) era de 2,6 vezes o percentual identificado para o grupo de municípios de pequeno porte (17,22%).

Em 2004, esta diferença era praticamente inexistente, com os grupos de grande e pequeno porte populacional apresentando respectivamente 90,4% e 83,27% de seus municípios com PSF. A diferença de cobertura populacional entre esses dois grupos de porte se dilui no dado que em 2004, 64,43% dos municípios pequenos a cobertura era de 70% ou mais de sua população. Apenas 12,07% dos municípios maiores alcançaram altos percentuais de cobertura. Em todas as cinco regiões do país, a adesão dos municípios ao Saúde da Família cresceu progressivamente no período de 1998 a 2004.

As regiões Norte, Nordeste e Sudeste, com percentuais de 20,49%, 21,88% e 29,77% de seus municípios com PSF implantado em 1998, aderiram com velocidade mais acelerada ao PSF. O Centro-Oeste e o Sul apresentavam apenas 6,73% e 10,79% dos seus municípios com PSF implantado no início do período. Em 2004, todas as regiões tinham mais de 78% de seus municípios cobertos com este programa. O Centro Oeste 97,74%, e o Nordeste 88,23%.

A descrição dos estratos de cobertura quanto à evolução de indicadores de saúde, em abordagem “predominantemente metodológica”. Carvalho apresentou a distribuição dos municípios correlacionados com a cobertura programática em 2004, a utilização de agentes comunitários de saúde por territorialização de equipes, faixas de renda e IDH-m. Nesta correlação, as situações são diferenciadas, mas não estadia as diferenças.

Avaliou que onde a cobertura programática é 20% apresentam situação mais favorável de renda e de desenvolvimento humano do que os que cobrem 70% ou mais da população, o que reflete na análise da autora do estudo o critério de priorização de grupos populacionais com “maior risco de adoecer e morrer”. Pérola da seletividade em saúde.

Ao analisar a evolução de indicadores de saúde no Brasil nos estratos de cobertura dos seis anos avaliados considerou que “uma das principais estratégias de implementação da atenção primária conduzida pelo Ministério da Saúde desde 1994 com tendência de evolução favorável para o Brasil entre 1998 e 2004”. Dentre os indicadores selecionados para análise da clientela

alvo, a morbi mortalidade declinou e os que refletem a cobertura dos serviços cresceram significativamente (BRASIL, 2006c) .

Nas considerações finais da pesquisa se ressalta que o resultado maior é a possibilidade de monitorar e avaliar as desigualdades em saúde no país considerando diferenciadas faixas de cobertura populacional de estratégia saúde da família, a partir dos “dados disponíveis nos sistemas oficiais de informações em saúde”. Os indicadores de evolução positiva foram: redução da desigualdade nos valores da Taxa de Mortalidade Infantil - TMI, dentro do grupo de municípios com Índice de Desenvolvimento Humano abaixo de 0,7.

Em 1998, o conjunto de municípios a taxa foi de 30,03/1000 NV. 73% mais elevada do que o agrupamento de baixas coberturas (TMI = 17,37/1000 NV). Em 2003 caiu para 15%, nos de alta e baixa cobertura: 24,42/1000 e 21,24/1000. Em considerações finais, Carvalho (2004) corrobora parte da análise aqui efetuada e contraria o matizamento contido nessa redução: “é importante registrar que com a tendência de queda da TMI, o monitoramento da distância nos valores desse indicador, entre grupos de municípios com condições socioeconômicas diferenciadas, se faz fundamental para análise da efetividade das ações em saúde”.

Outro indicador positivo nos achados dessa pesquisa foi a cobertura vacinal com alcance de meta de 95% de cobertura por tetravalente, preconizada pelo Ministério, em crianças menores de um ano ocorreu com mais intensidade nos estratos de cobertura mais altas do programa. Houve queda na taxa de internações, por exemplo, por acidente vascular cerebral na população com idade igual e acima de 40 anos cujo indicador declinou para a clientela PSF, além do controle da hipertensão arterial cujos índices maiores na queda dessas taxas estão nos estratos de maior cobertura a esta clientela.

Registro positivo foi o da redução da taxa de internações por Insuficiência Cardíaca Congestiva na população de 40 anos e mais. Com tendência de queda para o país e em todos os estratos de cobertura, mais significativa porém os estratos de maior elevação de cobertura programática. Dado importante da realidade federativa que se destaca desse estudo é o de

que os estados reduziram investimento social com assistência social, educação, urbanismo, habitação, saneamento e gestão ambiental. As reduções ocorreram, par e passo ao aumento das transferências federais com programas sociais, com o programa Bolsa Família.

A seguir, se apresentam as provas e discussões que embasam respostas às questões de pesquisa e atendem à análise em pauta. Pela ordem, se dispõem os resultados e discussões dos ELB (2005) apresentados, pelos coordenadores das pesquisas que produziram os estudos multicêntricos. Seguidos das discussões da meta análise realizada pelo comitê nacional de acompanhamento desses estudos, em evento do Ministério da Saúde e Banco Mundial (2006d) na presença destes, promotores dos citados estudos, em dezembro de. Com base nos dados em artefatos, impressos, sites institucionais e discussões presenciadas pela autora deste trabalho se considera, a priori que, a estratégia PROESF é hegemônica na reorganização da assistência. Sistemáticamente, os dados e discussões são os que se seguem:

- O desempenho da atenção básica tradicional não difere do desempenho avaliado no PSF, o qual enfrenta baixa cobertura em municípios de mais de 100.000 habitantes das regiões Sul e Sudeste;
- Existe grande rotatividade das equipes, principalmente de médicos;
- O provimento de insumos, procedimentos e serviços é irregular e insuficiente colocando em risco o vínculo e a qualidade nos cuidados de usuários do SUS;
- A publicação de dados sobre a performance de programas em relatórios governamentais, para a maioria dos gestores, equivalente a colocar uma mensagem em uma garrafa e jogá-la no mar;
- Pode atingir um público adequado, mas as chances de isso acontecer não são boas;
- Se houverem relatórios escritos (e esses são cruciais para imputabilidade e auditorias), eles precisam realmente ser muito breves. Grandes volumes de informação serão ignorados. Parece que os políticos ganham informação primariamente pela conversa com conselheiros “sênior”, outros políticos e pessoas de grande influência;
- A maior parte dos relatórios estava bem redigida e bem estruturada;
- A melhoria de qualidade sugere que os esforços por parte do CEA pode estar surtindo um efeito positivo;
- As avaliações ainda não trataram a difícil questão sobre (re) alocação de recursos financeiros;

- Não foi observada variação clara e consistente de qualidade entre organizações federais de diferentes portes, nem entre ministérios versus outros órgãos.

Provas dos ELB, estudos multicêntricos, por Região:

Relação do desempenho entre o **Sul e Nordeste**: Rio Grande do Sul, Paraná e Sta. Catarina. (FACCHINI et al., 2006,):

- O financiamento é superior à média estabelecida pela EC29 (15%), apenas 22,85% aloca 12% e 18,24 não informam;
- Elevada rotatividade entre os gestores. 78,2% não concluíram seus mandatos;
- Apenas 27% dos trabalhadores conhecem os conselhos municipais de saúde e o planejamento das ações;
- Não houve avaliação dos planos municipais de adesão ao Proesf;
- As ações inter-setoriais são esporádicas aos eventos epidêmicos como a dengue;
- O acolhimento nem protocolos não tem para nenhuma linha de atenção ou grupo;
- As práticas predominantes são curativas e há superposição de sistemas.

Sul/Nordeste

Avaliação comparativa realizada por Facchini et al. (2006,) sobre o desempenho e efetividade entre essas regiões dá conta que:

- A inadequação das práticas e da filosofia Psf no Sul é maior do que no nordeste;
- Iguamente o percentual de cobertura das ações de vigilância complementadas com equipes Psf/Acs ser maior no Nordeste;
- Os demais indicadores de cobertura assistencial e de consultas/ações não difere quando se compara unidades tradicionais de Abs com Upsf nas duas regiões;
- A grande exceção a maior para o Ne é a assistência farmacêutica que supera em 23% e 19% respectivamente em unidades tradicionais e USF em relação às do Sul;
- Em geral, a tendência é regular na vantagem sobre as unidades tradicionais, com ênfase na promoção da saúde, com incipiente desempenho na saúde bucal;
- Integralidade, referência e contra-referência não estão asseguradas;

- Baixa efetividade programática;
- Absorção de trabalhadores sem especialização e com elevada precariedade e sobre carga de trabalho;
- A expansão de cobertura elevou-se em 54 % no Nordeste e 28,5% no Sul, sendo a cobertura populacional baixa: 16,4% e 12% , respectivamente.

Nordeste 1, Rocha et al. (2006): UFRN/NESC.

- Prioridade da AB através da ESF - PROESF (BRASIL, 2003) como importante registro da indução federal / central na reorganização local de serviços municipais de saúde;
- Adesão geral dos municípios com variações locais e diferentes trajetórias municipais;
- Transições político administrativas nos municípios;
- Relações de tensão entre autonomia local e a indução do SUS nacional;
- Financiamento consolidação em 05 municípios (combinação de indicadores utilizados - % EC / 29, gastos públicos per capita, % da AB nas despesas de saúde) como elemento estrutural nas organizações ;
- Hiato entre os propósitos de priorização da AB e a alocação de recursos com variações em 16 municípios;
- Priorização das áreas de risco sócio-epidemiológico e sem cobertura assistencial (21 municípios) como critério de expansão do PSF;
- 100% de cobertura em 07 municípios com conversão da assistência;
- Coberturas de $\leq 70\%$ na maioria dos municípios notadamente nas metrópoles, onde se encontram as maiores iniquidades. Áreas contíguas descobertas. Outras lógicas de organização. Na integração da AB com outros níveis de atenção;
- Implantação de sistemas de referências e contra-referência – centrais de marcação e outros mecanismos, em 05 municípios;
- Deficiências na acessibilidade e referências com estrangulamentos em todos os municípios, comprometimento da constituição de redes de cuidado. Longas filas e tempo de espera;
- Proposições de incentivos para priorização da rede pública de serviços especializados tipo policlínicas distritais com integração de hospitais;
- Incremento dos mecanismos regulatórios nas centrais de marcação e nas relações público privadas da rede assistencial;

Na amostra Nordeste 1, UFRN, se revelou uma insatisfação em mais de 80% dos usuários rurais e urbanos com relação a organização da demanda, em relação ao não acesso à média e alta complexidade. Por seu turno, os

usuários revelam satisfação plena com a *atenção* no sentido de gentileza e relacionamento o trato humano dos profissionais. Sobremaneira os idosos e gestantes que têm agendamento resolvido para suas consultas in loco. Dados que se extrapolaram ao lote 2 da Região e em maiores percentuais, na Região Norte e áreas metropolitanas de todo o país.

Falta de suprimento de equipamentos básicos e medicamentos (anti-hipertensivos e hipoglicemiantes), sem a devida implantação da planejada Assistência Farmacêutica meta para 2005 que foi postergada para 2006; o déficit na resolutividade da AB para os níveis da média e alta complexidade, com maior expressão para exames de imagem, dermatologia, otorrino e neurologia. As referências para cirurgias eletivas, com elevadas taxas de repressão na demanda e auto referência para capitais; a elevada rotatividade de médicos reclamada pelos usuários quanto aos vínculos com o programa;

A não priorização de agendamento nem para usuários de entrada nem para as atividades centrais previstas para os agentes comunitários de saúde; A não realização de coletas nem de exames laboratoriais considerados elementares na AB. Assim como é igualmente negativo e a não existência de registro de atividades educativas de forma processual.

Os resultados de desempenho de alcance de metas desejadas e pactuadas com relação aos indicadores programáticos por ex. 33,7% de cobertura populacional com equipes completas PSF e da AB que são predominantemente mais expressivos em relação ao percentual de ocorrência dos indicadores que são considerados bons e regulares nessa avaliação. O desempenho descrito nesses indicadores, sobremaneira os descritores das doenças crônico/nutricionais/ambientais tiveram estacionamento ou piora, explicáveis pela mobilização migratória, na desigualdade da renda/fome endêmica x má-nutrição em peso de 60% na associação com as infecções.

Embora geradas nas más condições de vida/alimentação de infra estrutura sanitária, agravam-se com a baixa cobertura e/ou qualidade do cuidado prestado que comprimem o desempenho intra setorial. Guardados os limites da efetividade da atenção básica na redução de indicadores a sinergia

dessa efetividade é movida na regulação social e intersetorial. Pela transversalidade das ações das demais políticas públicas. A manutenção de baixo percentual de cobertura de saúde da família se explica em parte, pela crescente expansão migratória nas regiões metropolitanas pela expansão imigratória. Isto não justifica o alcance de metas no percentual de cobertura de equipes; de ações elementares de prevenção odontológica, de controle de doenças degenerativas; de internações e de mortes evitáveis que foram comprovados nos indicadores do desempenho.

Do ELB / NESC (2005) sobre o impacto PSF destaca-se que:

O efeito líquido da intervenção PSF podem atuar como fatores de confundimento. A análise de associações demonstrou que... a (presença do PSF), de uma maneira geral, praticamente não teve impacto sobre os indicadores estudados, sejam eles relativos a assistência ou a agravos à saúde. Em boa parte dos casos, quando se observou algum efeito favorável à presença do programa, este se deu às expensas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ou seja, a incorporação do PSF não tem se constituído num incremento às ações assistenciais, o que poderia se refletir na melhoria dos indicadores nos quatro municípios estudados [...]

[...] Importante destacar que a ausência de impacto pode ser creditada, em grande parte, à maneira como os programas estão sendo implantados, de modo que não há subsídios claros para decretar que o PSF “per si” é pouco resolutivo e sem diferencial em seus padrões de assistência à saúde. Isso fica claro quando se observa o comportamento de determinado indicador na análise agregada e quando verificado em cada município isoladamente. Tomando como exemplo os indicadores relativos a saúde da criança, quando avaliado o conjunto dos municípios, não apareceram associações entre a cobertura de PSF/PACS [...]

[...] Contudo, quando avaliados separadamente em cada município, contrastando áreas cobertas pelo PSF e áreas sem cobertura ou com PACS, observa-se que o município de Salvador apresenta alguns resultados em que o fato de residir em áreas cobertas pelo PSF reduz significativamente a chance de ser acometido por esses agravos, contrastando com os outros três municípios [...]

[...] Assim, é preciso levar em conta a análise do contexto da implantação e condução do PSF nestes municípios, além de suas características mais gerais relativas ao campo socioeconômico e de políticas públicas. Finalmente, cabe ressaltar que este estudo tem algumas limitações que

impedem maiores generalizações, ou seja, sua validade externa é comprometida pelo universo estudado (quatro municípios de dois estados da região nordeste). Contudo, alguns pontos analisados podem ser apropriados pelas diversas iniciativas de implantação do programa em todo o país, no sentido de não somente aperfeiçoá-lo, mas fundamentalmente, reconhecer suas limitações.

A conclusão foi a seguinte:

As análises demonstram que, no atual conjunto de municípios avaliados, não existe uma tipologia que diferencie o nível de desempenho dos municípios, a não ser, as ações de Saúde Bucal diferenciado apenas pelo tipo de gestão e pelo tempo de implantação.

Sudeste: São Paulo . (VILLAS BOAS et al., 2006,):

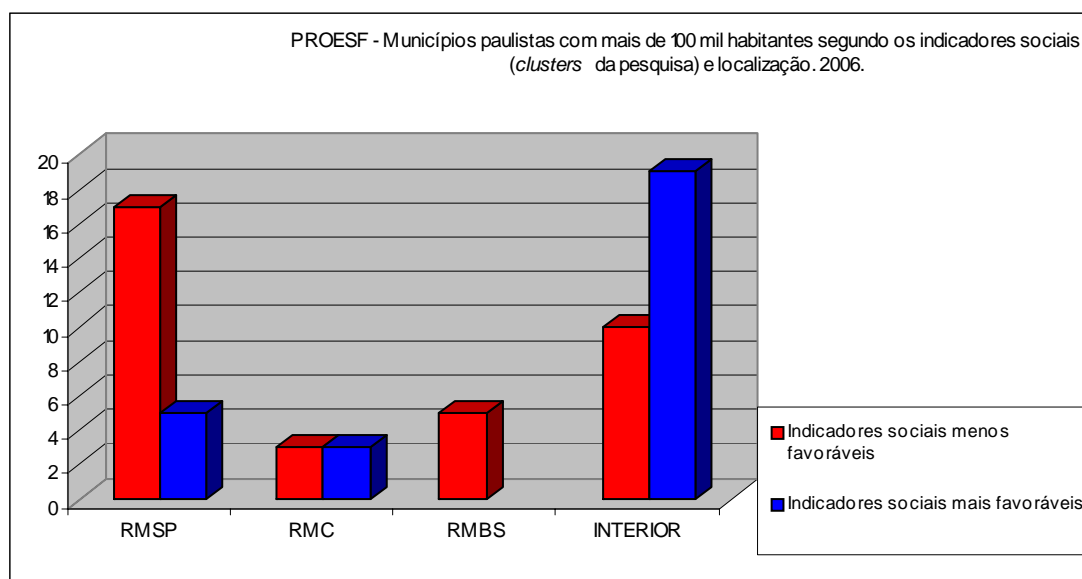


Figura 6 – Gráfico de barras dos municípios paulistas com mais de cem mil habitantes segundo os indicadores sociais e localização em 2006

Fonte: Pesquisa de Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do PSF – Consórcio USP.

- No Sudeste é predominante o acesso privado em até 70% dos casos, apesar da constitucionalidade do princípio da universalidade ao sistema que é diversificado e dual;
- SUS está isolado. 15% dos seus usuários pagam plano de saúde;

- O PSF veio para mitigar a realidade social e melhorar a cobertura nos centros urbanos;
- Há contradições entre as intenções e gestos municipais;
- Baixo acesso, em 71%, nos clusters dos mais pobres do estado, aos procedimentos de média e alta complexidade;
- Integralidade em apenas 26% onde houve organização, o acesso universal é de apenas 17%, baixa sustentabilidade e efetividade com 2/3 de insucesso;
- Como nas demais metrópolis, está complicada a conversão do modelo;
- A grande maioria dos usuários reprova o PSF que para os gestores tem nota 10;
- Não existe diferença entre a atenção básica prestada entre a UBS e USF; AB é relativamente bem avaliada(67% em 3,3 e 72% em 3,6 na escala de 0-5);
- O enfoque comunitário familiar é elevadamente negativo para os usuários;
- Um mix de modelos e redes assistenciais na complexidade das regiões metropolitanas;
- Nenhum dos estudos avaliou a rigor, a integralidade das ações. Sem indicadores de controle, a meta análise falta aproximação metodológica;

Rio de Janeiro. Mendonça et al. (2006, p.), FIOCRUZ/ENSP:

- Cobertura = 91% dos municípios avaliados foi de 10 à 20%, com intenção de expandir. Entre a população amostral o percentual está abaixo de 30%;
- Financiamento em média de 10% com alocação exclusiva na AB. Pouca transparência e difusa identificação, à exceção das fontes federais;
- Visita domiciliar 18 à 33% das famílias entrevistadas e assistidas pelo PSF nunca tiverativisita, considerada muito baixa a freqüência, para a lógica programática;
- Fragilidade na estrutura interna de serviços e rede física com apenas 8,2% de laboratórios analíticos básicos próprios;
- 50% das unidades básicas de saúde-Ubs realizam controle de água e apenas 22% sabiam dizer a data da última freqüência;
- “A precarização do trabalho é maior do que nas Ubs . Em 50% das Upsf;
- Os usuários referem que o atendimento é melhor no PSF, referindo grande déficit de consultas e dificuldades na referência/encaminhamento de exames e resultados para todas as formas de Ca e de gêneros;
- 80% deles pagou algum exame;
- 57% considera ótima ou boa a sua situação de saúde;
- O processo de trabalho é um desastre e utópico para alguns acadêmicos. Os sindicatos estão se contrapondo ao Estado, às distintas formas de contrato e de

assalariamento para as mesmas atividades e local de trabalho.

Minas Gerais e Espírito Santo. Keneth et al. (2006), UERJ:

- Descontinuidade dos programas. Diferenças nos tempos de implantação. Caráter persecutório associado à avaliação;
- Governabilidade/capacidade de gestão é baixa mas teve boa pontuação pelos gestores;
- A integralidade teve pontuação em 54,8% dos indicadores de desempenho;
- O estudo ecológico no No e Se não mostra significância na melhoria em saúde para nenhum dos indivíduos. Seja em UBS e USF;
- O Proesf não é indutor na maioria da amostra.

Norte : Amazonas - Mendonça et al. (2006) ,ENSP:

- Houve expansão de cobertura da Ab e alguma melhoria no acesso;
- Baixa cobertura Psf na região como um todo e paralelismo com Pacs;
- Valorização do programa pelos usuários;
- Manutenção na alocação de recursos;
- Potencialidade para reversão de modelo apenas em Boa Vista;
- O financiamento, igualmente é transparente apenas o federal com incipiente autonomia municipal. Inicial e atual exclusivo, respectivamente em Manaus 17 e 19%, Boa Vista zero, Porto Velho 10,9 e 3,63 %, Acre 13,4 e 21,9 %; e Rio Branco 16,07% a alocação inicial e sem informação para a atual (2005). Pela Fonte SIOPS, comprova-se que, com a edição da EC29, entre 2002 e 2005 cai vertiginosamente a aplicação de receita própria municipal com saúde;
- [...] Elevada precariedade da estrutura física das unidades de saúde tradicionais e de PSF;
- Acentuado déficit no acesso/referência pelo que, nada é focal e tudo é prioridade devido à extrema precariedade das condições de vida da maioria da população;
- A alegada prioridade para com a Ab e com o Psf não se traduz em números ou ações prioritárias das ações de saúde ou de gestão. Exemplo, os gastos com Ab;
- Grande dificuldade de acesso agravado pela operacionalização do Psf com multiplicação dos insucessos dos usuários para consulta e exames. Em Boa Vista, a influência Cubana tem impacto negativo na cobertura de Pronto Atendimento-Pam;

- Norte..”Ausência de articulação nos diversos níveis de complexidade;
- Supervalorização do trabalho médico;
- Uso implícito do modelo de assistência centrado na doença do indivíduo com prioridade para a queixa atual no modelo de Pronto Atendimento, em detrimento do segmento longitudinal;
- Não houve conversão do modelo assistencial !!!

Pará e Amapá. Cordeiro et al. (2006) CESGRANRIO.

- É uma estratégia de cobertura em ampliação;
- Base de apoio do SUS e à Esf;
- Incremento de ações de ação e prevenção;
- Proposta de Psf aprovada no Cms;
- Secretários com dedicação exclusiva ao SUS;
- Relatórios de gestão e plano anual aprovados pelo Cms em 100% dos municípios;
- 31% dos municípios (5) não cumprem a EC-29 em 2004/05;
- Baixa articulação com outros setores e sociedades a exceção da Pastoral da Saúde que é realizada pelos ACS;
- Instabilidade dos médicos com alta rotatividade”;
- Precariedade do vínculo empregatício –sem concurso público ou contratação- pelo SUS;
- Competitividade entre os municípios na contratação de médicos configurando leilão de profissionais;
- As regiões ribeirinhas dificultam os médicos a fixarem-se;
- Insuficiência de instrumentos de planejamento, programação e definição de metas;
- Programa não estruturante na região e não é a base do sistema;
- Os serviços de saúde municipais não são hierarquizados;
- As ESF programam suas demandas ao longo da semana;
- Estrutura física precária com disparidade intra-municipais;
- Fraca capacitação profissional. Baixa articulação com o pólo estadual de capacitação de recursos humanos em saúde;
- As ESF referem que não há recursos formais nem padronização de protocolos;
- Menos de 20% das equipes conhece os percentuais de gestantes internadas em maternidades de referencia encaminhadas pelo PSF, recém nascidos de baixo peso e crianças hospitalizadas por IRAS e óbitos em menos de cinco anos;
- 87% possuem central de regulação de consulta e exames especializados;
- 50% não têm central de regulação de leitos [...]
- [...] Dificuldade nas consultas especializadas e nos exames;

- A tuberculose tem perdas de acompanhamento;
- Persiste a centralização dos programas de doenças endêmicas (pestilências);
- As equipes referem a falta constate de medicamentos e as SMS queixam-se de intromissão das secretarias estaduais nesta área;
- Apenas 2% dos enfermeiros não sabiam o que significa integralidade;
- O protocolo da malária é desconhecido por 50% das equipes.
- Sustentabilidade Econômico-Financeira de Belém(dados e indicadores do SIOPS e relatórios da Secretaria Municipal de Saúde;
- O padrão de execução financeira é relativamente próximo ao do MS e inferior a metade dos tetos estimados (geral e municipal);
- Na fase I PROESF executou apenas 42% do repasse federal, o que é um percentual destoante do conjunto das capitais (a exceção de Palmas/TO que executou 49%), superior a 50%, tanto em relação aos tetos do município, como em relação aos repasses federais.

Discussões - As discussões ocorreram pós apresentação destes resultados na referida reunião de avaliação nacional e meta análise dos estudos realizados. Assim como os resultados, as discussões foram literalmente as que se seguem:

Luis Fernando, diretor do Departamento de Assistência Básica-DAB/MS, 2006-2007, responsável pela indução e execução da pesquisa expressou :

- A fragilidade municipal na condução do processo de conversão aponta que, mais que a expansão é necessária a qualificação...são muitos os pactos declaratórios e cartoriais...há os municípios que precisam avançar e pedem outra lógica...o financiamento federal tem emendas e transparências pela disponibilidade obrigatória no SIOPS... existe a praga da terceirização [...] laboratórios e farmácias não necessita ser nas unidades de saúde [...]
- [...] Devemos estar atentos à equidade no financiamento que hoje é 50% federal, mais ou menos 25% estadual e mais ou menos 25% municipal;
- A precariedade do trabalho é maior no Ne, onde as Secretarias Estaduais não são indutoras;
- A academia não interfere na capacitação;
- A cobertura é com base na população alvo= 3.400 famílias. Por isso, é de 100% em alguns;
- Os gestores dizem não saber onde e quanto aplicam em investimentos em AB, mas sabem que aplicam mais recursos em ações de alta complexidade.

Sara Escorel da ENSP, avaliadora externa dos ELB:

- O PSF não pegou e não é uma estratégia de transformação do SUS. Segundo os dados empíricos, os resultados são trágicos: elevada precarização do trabalho em todo o país, a cobertura é um indicador sério seja no Sudeste, Norte e Nordeste, nas grandes metrópolis, ela é baixa sim. O sistema é perverso!!!.

Maria do Carmo Leal do IMS, consultora nacional dos ELB:

“O Sus é competente para Pronto Atendimento - PAM, particularmente para o primeiro!”.

O representante do Banco Mundial, financiador da pesquisa questionou:

- “Onde deu certo, houve experiências bem sucedidas e qual é a receita” ?

Financiamento à saúde

Em retomada à discussão fundamentada em Callinicos no que se refere aos limites que o financiamento tem na qualidade da assistência, se acrescenta que esta dimensão é de difícil avaliação no impacto em saúde. É indutora à textura do modelo assistencial, entretanto, seus processos regulatórios, políticos e de gestão a tornam uma variável de confusão na correlação de impacto.

A escalada do déficit de financiamento (cujas necessidades foram estimadas em 13% do Produto Interno Bruto – PIB), entre a década de oitenta e noventa foi de 4% para 3% e chegou a 5% com a cobrança da CPMF. Nesta breve discussão dos processos que ocorrem nessa dimensão se baseia em textos, dissertações e teses que pontualmente abordaram esta temática.

Macedo (2006) assim descreve sobre a estrutura, regulação e processo político dos recursos para a saúde:

[...] Numa sociedade moderna, o dinheiro circula no seu interior e o seu caminho pode nos mostrar o valor que esta sociedade, ou melhor, seus grupos e setores sociais dominantes, atribuem a um determinado bem ou serviço. A moeda se transformou num instrumento financeiro que permite a medida de valores e o planejamento do que se deseja alcançar. Assim, o financiamento do sistema de saúde é o retrato dinâmico das escolhas sociais sobre que tipo de sistema se quer e que tipo de atividades é priorizado, dentro deste sistema. Por exemplo: ao alocar uma proporção muito maior de recursos financeiros para a assistência médica hospitalar, em relação à Atenção Básica, num momento em que os recursos para este nível do sistema são ainda escassos, estamos fazendo uma escolha por um tipo de sistema onde os hospitais constituem a principal forma de assistência médica.

A complicação do processo de financiamento da saúde no Brasil ocorre em todas as suas etapas. A captação e definição das fontes financeiras se produzem em embates entre o poder executivo e legislativo. Um dos palcos da manifestação da dualidade do sistema através das instâncias colegiadas dos seus três níveis de competência. A disputa está matizada pela frágil governabilidade setorial que perpassa a regulação institucional e social exercidas em todas as instâncias do SUS. Inclusive a disputa interministerial na área econômica e social, onde se materializam os interesses conflitantes de corporações e de classes.

De maior intensidade, pela capacidade de mobilização e pressão local é a disputa por recursos na hierarquia do sistema que se extrapola nos estados e municípios. Nestes níveis, entre as secretarias estaduais e municipais de saúde, planejamento, administração e de finanças. Particularmente na definição de alocação das questionadas emendas parlamentares destinadas a obras estruturantes da rede assistencial e de saneamento. As pressões políticas que são desenvolvidas no interior do Congresso Nacional por ocasião da constituição e aprovação do orçamento da saúde é de conhecimento geral, se processam atualmente com a contribuição para a saúde.

Outros grupos de interesses diversos tentam influenciar este processo, onde ocorrem disputas, enfrentamentos e consórcios de alianças, tanto de gestão pública quanto das corporações privadas. Os recursos da saúde e definição do seu orçamento nacional são captados diretamente, através de seus representantes no CONASS e CONASEMS e ou pelos parlamentares e grupos. A transição epidemiológica para um padrão mais complexo aliada à elevação da demanda pela pretensa universalização com integralidade tornou a assistência tecnologicamente mais complexa, portanto mais onerosa.

Os problemas gerenciais em si resultam numa grande demanda reprimida, sobretudo nos “gaps” da atenção pelo tratamento com procedimentos considerados de média e de alta complexidade e de alto custo como os compreendidos na atenção, por exemplo, às doenças crônicas degenerativas: renais, neoplásicas, imuno deprimíveis, cerebrais e cardiovasculares. A disputa que ocorre no interior das instâncias gestoras e deliberativas por recursos financeiros leva os gestores a encomendarem projetos em escritórios de consultoria que padronizam planos e receitas.

As similitudes estão cravadas os planos municipais PROESF dos 21 municípios do Nordeste avaliados pelos ELB/NESC (2005) cujos planos foram examinados por esta autora, (nas discussões de meta análise, esse achado foi divulgado e corroborado pelos demais estudos em todas as Regiões), todos se assemelharam na adoção às chamadas experiências “inovadoras”. Ao juízo desta autora, a pretensa inovação reside em práticas ortodoxas na medicina milenar como: a fitoterapia, a reposição nutricional de minerais, a homeopatia e roda de discussões pelo método Paidéia. Discussões realizadas em seções chamadas Ágoras em anfiteatros da Grécia antiga.

Em retomada das disputas sobre financiamento à saúde, se observa que a disputa maior ocorre na arena situada entre autoridades estaduais de saúde, pacientes e laboratórios, em torno de tratamentos de alto custo não cobertos pelo SUS. Fato que merece a atenção da gestão e dos avaliadores em saúde é a constatação da qual, pacientes têm conseguindo acesso a novas drogas e terapias por meio de decisões judiciais. Em um crescente movimento na governabilidade setorial promovida pelo Poder Judiciário através do

Ministério Público. Evidencia do crescimento do braço institucional nesta governabilidade, em detrimento ao declínio do controle - regulação- social no interior do sistema. Boa para os usuários e mal para o exercício de cidadania que desta forma, se expressa tutelada ou concedida.

Os Estados defendem a aprovação de uma nova lei que dificulte a concessão dessas liminares e acusam os laboratórios de insuflarem os pedidos judiciais para tratamentos. Pacientes têm o direito de buscar na justiça o melhor tratamento para seus males já que a Constituição define a saúde como um dever do Estado. Autoridades sanitárias consideram uma ingerência do judiciário sobre sua programação financeira e argumentam que os orçamentos não são impositivos, infinitos nem carimbados em prioridades locais.

Na escassez de alocação de recursos para as terapias de maior custo nos procedimentos, autoridades sanitárias usam a prerrogativa de poder eleger entre a atenção básica à saúde coletiva ou optar por financiar a média e alta complexidade da rede privada que atingem alguns poucos usuários do sistema. A definição de prioridades é competência do CMS que não delibera nem fiscaliza necessariamente com esta finalidade.

A atenção básica é pretensa porta de entrada no SUS. Condição essencial para assegurar efetivamente o funcionamento de sistemas de saúde. Apesar de legislado e pactuado entre gestores, o financiado majoritariamente por transferências federais, mais de 80% dos municípios cumprem suas metas obrigatórias de 15% com recursos próprios. Dados da SAS/ MS, 20% das consultas médicas têm caráter de urgência e emergência e, em áreas metropolitanas. Em Belo Horizonte, 200 mil habitantes tiveram as suas necessidades epidemiológicas agravadas em danos biológicos e sociais ou foram a óbito.

Os colapsos no atendimento primário se extrapolam para a última porta do sistema, o atendimento secundário nos hospitais que, pelos princípios organizativos deve ser referenciado pela atenção básica. A título de elucidação na equivalência dos custos nesses dois níveis do sistema se exemplifica que, os custos de procedimentos no tratamento de uma pneumonia atendida por

cuidados integrais, em ambulatório da rede básica são de R\$ 50. O tratamento hospitalar desta mesma infecção em mesmo estágio se eleva além de R\$ 250.

Em 1995, cinco anos sob a égide do novo marco regulatório o Ministério da Saúde estimou a necessidade de R\$ 15 bilhões, o dobro do ano anterior, para ofertar assistência médica adequada no SUS. Os R\$ 40 bilhões atuais do orçamento da pasta são considerados insuficientes. Na gestão ministerial do governo anterior, artigo assinado pelo ministro de então reforçou a conclusão de especialistas, de ser aquela situação, "atípica".

Desde 1994 com a adoção e aprovação em 1996 da CPMF, o teto máximo de seu repasse em média é de 40%. Isto em conjunturas de agudização de crises na assistência pelo declínio da AB na vigilância à saúde como um todo. As desordens da estrutura urbana, e condições sazonais, onde se elevam as endemias que não privilegiam os espaços de circulação de classes como a dengue. Em resumo, a repercussão da retração de financiamento, se descreve, pontualmente:

- O PSF 1999 e sua extensão em 2003 (PROESF) para reorganizar a atenção básica no SUS e a proposição da EC29, 2002 (não regulamentada) suas diretrizes em percentual de alocação de recursos Estaduais e Municipais, para 82% dos casos alocam entre 8 a 10% de recursos próprios na Média e Alta Complexidade;
- Os déficits na assistência farmacêutica, exames e internações de média e alta complexidade em até (87%) da demanda; saneamento básico (no ciclo completo da água para os quase 70% da população);
- Problemas de má-gestão, racionalização e desvio dos recursos na sua destinação final de até 40% do pouco destinado;
- As iniquidades na assistência em saúde, além de uma extensão das desigualdades sociais de ordem estruturais não diminuíram com a introdução da CPMF posto que mais de 50% não foram destinados ao setor saúde. As iniquidades consistem no modelo de assistência

em si. Embora postulado e legislado universal, integral e equânime, a má-gestão matiza o pouco recurso que lhe é destinado;

- A CPMF para alguns brasileiros compõe a operação quadrangular da tributação social que financia a assistência: essa contribuição, o Plano de Saúde, o IR e a Previdência, mesmo de aposentados que financiam o “*novo*” na sistematização dos programas assistenciais.

A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO (2008) lançou o manifesto "Emenda Constitucional 29: qual regulamentação? intitulado “O Orçamento Saúde Será Contingenciado Após 2009”, por ocasião da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Assinado por vinte e uma entidades, o manifesto é de seguinte teor:

No dia 31 de outubro de 2007, a Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei Complementar 01/2003 que regulamenta a Emenda Constitucional 29/2000. TRATA-SE DE *inegável para o Sistema Único de Saúde* em diversos aspectos:

- A DEFINIÇÃO CLARA DE QUE OS RECURSOS DA SAÚDE SEJAM APLICADOS APENAS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE *acesso universal, igualitário e gratuito*;
- A *proibição* DE QUE OS RECURSOS DA SAÚDE SEJAM DESTINADOS AO PAGAMENTO DE *servidores inativos, serviços de clientela fechada, programas de alimentação e de saneamento* (EXCETO ALGUNS CASOS ESPECÍFICOS);
- MECANISMOS DE FISCALIZAÇÃO E TRANSPARÊNCIA DAS CONTAS PÚBLICAS DA SAÚDE, *inclusive fortalecendo os Conselhos de Saúde*;
- A DISPOSIÇÃO DE QUE A INFRAÇÃO À ESSAS NORMAS CONFIGURA ATO DE IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA, SUJEITO A PUNIÇÃO PARA O GESTOR.

A VERSÃO APROVADA FOI A DE GOVERNO. NÃO VINCULA A DESPESA MÍNIMA FEDERAL A 10% DA RECEITA CORRENTE BRUTA-RCB, COMO CONSTAVA NO PROJETO DE AGOSTO DE 2004, NO SUBSTITUTIVO DA COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA. A CONTRA- PROPOSTA APROVADA: mantém o cálculo pela variação nominal do PIB e apenas acrescenta uma fatia adicional da CPMF, em caráter excepcional durante os próximos quatro anos, sem garantia de incorporação ao

orçamento a partir de 2012. Os recursos adicionais da CPMF correspondem a cerca de *R\$ 24 bilhões* entre 2008 e 2011. Aquém do que o SUS demanda.

A versão aprovada, em comparação com a proposta dos 10% da RCB traz uma diferença de *R\$ 81 bilhões a menos* para o mesmo período (CARVALHO, G. 2006). Neste sentido, o Manifesto finaliza por reafirmar o posicionamento político pela necessidade do controle social em defesa de um piso financeiro adequado e definitivo para o SUS. Para que seja resgatado o texto que fixa 10% da Receita Corrente Bruta como recurso mínimo a ser destinado à saúde pelo governo federal. Aprovado no PLP 01/2003 (agora denominado, PLC 89/2007).

Governabilidade: os antecedentes da regulação social sobre na política de saúde no Brasil remontam à primeira metade do século XX. Nos comitês de fábrica, nas caixas de aposentadorias e pensões (CAPS), nos conselhos dos embrionários institutos previdenciários (IAPS) e de assistência médica das categorias de trabalhadores. Desativados com a ditadura pós 1964, ressurgiram as discussões e movimentos sociais de retomada dessa participação com a distensão política em 1978. No movimento da reforma sanitária tornou-se ampliada, legal e deliberativa nas instâncias do seu sistema, através da Lei n.º 8.142 de dezembro de 1990, com fulcro no princípio da participação social previsto na Lei nº 8.080/90.

As origens dessa regulação e seu desempenho fazem considerar que este setor no Brasil é o de maior politização dos seus atores, por conseguinte, mais resistente ao desmonte das bases organizativas e doutrinárias desse sistema quanto a participação social no SUS, a produção acadêmica nacional é de considerável expressão. É consensual a relevância dessa participação no sistema de saúde e a incipiência na participação. A finalidade social desta participação se destina ao avanço do modelo assistencial via regulação democrática. Uma utopia a se perseguir, como sinalou Hetzel de Macedo.

A governabilidade sobre o setor saúde e na condução programática da AB/ PROESF em 21 municípios do Nordeste encontra-se esboçada no quadro 1 que se segue. Expressa um cenário de interações de como esta

governabilidade é exercida pelas formas de regulação institucional: no executivo, legislativo e judiciário, em articulação com a regulação social exercida pela direção intelectual da sociedade civil organizada, nas instâncias formais do setor saúde através das conferências, ouvidorias, conselhos estaduais, municipais e locais.

Neste arcabouço de ajuizamento da pesquisa UFRN/NESC foi considerada avançada, a governabilidade setorial que acumula fortes e concretos apoios na regulação institucional e social. Por exemplo, no percentual da alocação de recursos, na gestão política aos arranjos organizacionais e intersetoriais no poder executivo, na Câmara Municipal e, na Procuradoria. O peso da atuação do ministério público foi avaliado como indutor dessa governabilidade.

No (Quadro 2), a regulação se revelou avançada quando além de forte regulação institucional, a social foi comprovadamente forte. Na regularidade de funcionamento do Conselho Municipal, Local das Conferências Municipais de saúde, no cumprimento do papel deliberativo e vigilante. Na relevância social das temáticas agendadas e no cumprimento das deliberações oriundas das conferências e desses conselhos. Sobretudo quando a legitimidade dos conselheiros se expressa no reconhecimento dos seus representados, os usuários desse sistema.

REGULAÇÃO											
Institucional /Base X											Fin. Social
Apoios				Social/Participação							
Municípios	Exec	Legisl	Jud		Conf	Ouv	C.I	C.M.S	Pape	Leg.	
	>	I >	>	
Alagoinhas	F	F+	F+		F+	SI	N	F+	F+	I	A
Aracajú	F+	F+	F		F+	F	F+	F+	F	R	A
Barreiras	F	I	SI		N	I	N	F+	F+	I	I
Caucaia	F	F	SI		SI	N	N	R	R	I	I
Camaçari	F+	F	F		F	SI	N	F+	F+	I	A
Crato	I	R	SI		R	R	N	R	N	R	I
Feira de Santana	F	F	SI		R-	N	N	R	I	I	I
Fortaleza	R	R	SI		F	N	R	F	F	I	R
Ilhéus	R	SI	F		SI	N	R	R	R	I	I
Itabuna	F	F	R		R	N	N	R	R	I	I
Jequié	F	F	F		F	R	R	F	F	R	R
Juazeiro do Norte	F	R	R		SI	N	N	I	I	I	I
Juazeiro	R	SI	I		F	N	N	I	I	I	I-
Lauro de Freitas	F	SI	SI		F	N	R	R	R	R	R
Maracanaú	R	SI	R		R	R	R	F	F	I	R
N. S. Socorro	F	I	SI		SI	SI	F	R	R	I	R
Porto Seguro	I	R	SI		R	N	N	R	I	I	I
Salvador	F	F	SI		R	F	N	R	R	I	I
Sobral	F	F	SI		SI	SI	R	F	F	I	R
Teixeira de Freitas	F	R	SI		SI	SI	N	I	I	I	I
Vitória da Conquista	F	SI	R		F	F	F	F	F	I	A

Legendas: SI = Sem Informação; N = Inexistente; F = Forte; A =Avançado; R = Regular; I =Incipiente; C.= Conferências; Ouv.= Ouvidorias; C.I. = Conselhos Locais e Municipais=(atuação, condução, enfoque, papel, legitimidade) > F. Social = Finalidade Social.

Figura 7 – Governabilidade Setorial – Ne , 2005

ELB – Nordeste, lote 1. ROCHA et al.UFRN/NESC, 2005. (elaboração própria).

Em sumário discursivo deste capítulo, se reafirma que, a conquista da população brasileira na sua luta pelo direito à saúde reside no SUS. Um dos maiores sistemas públicos de saúde, que assegura medidas de proteção à saúde, como imunizantes, ações de controle de doenças e de vigilância em saúde que beneficiam a totalidade dos brasileiros. Oferta atenção em todos os níveis, da atenção básica à alta complexidade, inclusive o acesso a medicamentos, a maioria dos transplantes de órgãos, cirurgias cardíacas e atenção aos doentes renais e portadores de câncer.

A universalização desse sistema atinge 140 milhões de brasileiros que dependem exclusivamente da assistência. A vigilância sanitária de alimentos e de ambiente a toda população, o expressivo alcance de seus princípios. Faz-se importante o registro de atendimento de usuários de planos de saúde quando estes lhes negam os procedimentos de custos mais elevados. O sistema enfrenta problemas na garantia de acesso real e na qualidade da atenção pela escassez e mau gerenciamento de recursos, das distorções do modelo de atenção à saúde centrada no hospital, da precarização nos contratos de trabalho e da pouca valorização dos trabalhadores da saúde.

A natureza dual do SUS é que parte dos serviços oferecidos pelo SUS é realizada por serviços privados - filantrópicos ou lucrativos - de forma complementar e regulados. São contratados e remunerados, com base em uma tabela nacional do MS, com recursos públicos estabelecidos pela Lei 8.080 e pela Constituição Brasileira. As recorrentes crises que se debatem no SUS têm como impulso a recusa de especialistas em produzirem pelas tabelas de remuneração do SUS pelo que se explica por desenvolverem procedimentos mais onerosos da atenção médica.

Estes profissionais são os que, a não presença nas unidades de saúde consta da agenda de insatisfação dos usuários. 80% dos usuários entrevistados nos ELB referiram como abismo maior entre os muros da atenção básica e a média e alta complexidade e referência para cuidados de Dermatologia, Ortopedia, Cirurgias cardiovasculares, Neurocirurgias e Otorrinolaringologia e Radiologia. As duas outras especialidades que os usuários se queixaram a carência neste nível ou em clínicas especializadas de

retaguada na área territorializada foram: os pediatras, cardiologistas e ginecologistas. Estes procedimentos são menos onerosos e não menos necessários à população.

Constatação unânime em todas as regiões foi o achado da natureza cultural da percepção e processos culturais de gênero em saúde. Nas entrevistas com usuários, a contrariedade de mulheres em se consultarem com generalistas para todos os problemas de saúde da família. Especificamente: com clínicos gerais do sexo masculino para queixas ginecológicas e as puericulturais e pediátricas de seus filhos: [...] “por que eu não tenho direito a me consultar com um ginecologista e meu filho com um pediatra?”¹⁵

Os homens não tinham atenção na prevenção de câncer de próstata até 2006. O exame de PSA não fazia parte da rotina obrigatória da AB/PSF. Os entrevistados também se queixaram da falta de cardiologistas e de proctologistas. Urge uma efetiva reorganização para melhoria do desempenho da atenção básica, pelo nível de competência da gestão municipal, em parceria com a estadual extensiva ao conjunto dos serviços. Com assistência estruturada com vigilância à saúde horizontal na integralidade das necessidades sociais, culturais e epidemiológicas da população alvo.

A precarização do trabalho em termos das relações contratuais e de remuneração, as más condições instrumentais e de provimento de insumos para realização de suas práticas são forte evidências que entram os muros da assistência. De igual peso é a incipiência da regulação social exercida nas instâncias deliberativas dos três níveis da assistência. Na devida deliberação de prioridades epidemiológicas em alocações de financiamento nos três níveis do sistema em vigilância à saúde integral. Estes condicionantes são a dinâmica das sucessivas crises que se debatem no sistema de saúde, acrescidos dos fortes e históricos privilégios do setor privado financiado inversamente proporcional à rede pública.

¹⁵ Usuárias do Sistema Único de Saúde de Parnamirim, Camaçari, Caucaia, Alagoinhas, Manaus, São Paulo, etc.

6 CONCLUSÃO

As desigualdades sociais são de produção estrutural e a sua extensão em saúde se manifesta na complexidade contida na produção social da questão saúde em: formas de má nutrição, doenças de veiculação hídrica, infecções respiratórias, as quais formam o tripé da morbimortalidade dos miseráveis, cujos determinantes sociais de maior expressão são a renda, o saneamento básico e o acesso à terra.

O desempenho da cobertura e das ações integrais de saneamento são as de maior déficit das desigualdades sociais e, de maior peso na associação - da morbidade / internação hospitalar cujas taxas de 65% dessa relação são causadas pelas doenças de veiculação hídricas - aliadas às formas de má nutrição. No adoecimento, sequelamento e mortalidade pela desnutrição, diabetes alimentar, hipertensão sistêmica e acidentes cardiovasculares;

Os dados oficiais utilizados revelam uma tênue redução de desigualdades com relação à renda com manutenção de outras mais extremadas como as ações de saneamento básico no período. A distribuição de renda diminuiu os diferenciais entre ricos e pobres, a política de urbanização se agrava em sua desestruturação no trânsito que eleva as taxas de mortalidade por causas externas ao setor, na maior causa de morte Na expansão de moradia com favelização que se expressa no *GAP* de saneamento básico em seu ciclo completo, para dois terços da população;

A sistematização de programas sociais alcança vinte milhões de famílias dos quarenta as quais necessitam dessa atenção com ampliação de metas e valor dos benefícios. As desigualdades sociais se reforçam com estratégias focais, seletivas e minimalistas da rehierarquização da assistência à saúde. Focais em privilegiar verticalmente os social e horizontalmente iguais nas condições materiais de vida. A prática de focalização, além do campanhismo são características perenes da política de saúde pública no Brasil no curso de seu projeto setorial;

Práticas explicáveis mas não justificáveis senão pelo critério de seletividade. A seletividade nos anos noventa é descrita como categoria analítico explicativa e prática oriunda dos ajustes neoliberais. Reescreve um marco histórico nas políticas

sociais em países de desenvolvimento desigual com extremas manifestações de desigualdades que sempre selecionou “beneficiários” de políticas sociais dentre as classes sociais inferiores, os de maior “risco social ou biológico” em detrimento da universalidade que lhes é inclusive legalmente disposta;

Em sociedades de extremismo nessas manifestações de desigualdades, mesmo com adequada cobertura programática de ações integrais, financiamento e práticas de gestão racionais as ações setoriais em saúde têm limites na reversibilidade dos determinantes sócio estruturais citados, às questões essenciais à vida material, em termos da: segurança alimentar, situação nutricional, sanitária, epidemiológica e à saúde integral;

A dualidade no sistema de saúde se ampliou com 40 milhões de assistidos por planos privados em um sistema autopostulado universal segundo o direito objetivo. As estratégias de formulação contemporânea da política de saúde no setor da saúde pública com o PSF reforçam as desigualdades sociais.

Estas estratégias além de refletirem a histórica característica de seletividade das políticas sociais no país resultam em intervenções inversamente proporcionais às necessidades e em iniquidades nas restrições aos não selecionados. Ampliam as distâncias intra e entre classes e, configura a assistência iníqua. A adoção de programa de âmbito familiar ofertado em média nacional de 22% da meta de cobertura da população alvo (e em áreas rurais de 70 a 100%) marca um ritmo inatingível de universalidade;

A duplicidade PSF / AB tradicional dilui recursos, reforça desigualdades sociais e produz iniquidades. Impertinência na estratégia setorial de reorganização da atenção básica com a estratégia PSF reforça as desigualdades sociais em saúde ao hierarquizar níveis assistenciais diferenciados. A atenção básica tem déficits elevados que engargalam o acesso com integralidade da assistência que se extrapolam, nos níveis da média e da alta complexidade;

Os dados de desempenho deste nível de atenção comprovam que a estratégia de sua reorganização com o PSF está em passos lentos e que não se converteu o modelo assistencial almejado;

A formulação de políticas há de considerar as suas finalidades sociais em formas equânimes da assistência básica em educação e saúde. A categoria de seletividade é aproximação de varredura global pelos ajustes neoliberais, entretanto países de economia de PIB menor ou equivalente, mas com decisão política, clareza em metas de desenvolvimento social e racionalização de processos de gestão têm assistência horizontal, integral e equânime;

Neste sentido, esses países se distanciam de países desigualmente desenvolvidos e atrasados no estágio evolutivo da sociedade civil posto que têm superadas ou minimizadas as questões elementares que têm relação direta com a qualidade de vida e de saúde como a alimentação, educação, saneamento e assistência à saúde integral, dentre outros se destacam: Cuba, Costa Rica, Chile, França, Japão, Canadá, Noruega e Itália;

Aliada à esta análise de avanço /retração na regulação pela sociedade civil que atenua as possibilidades de governabilidade e avanço, se pontua o ranço da especificidade dos traços da cultura política brasileira que a caracterizam clientelista e patrimonialista. O debate travado na sociedade civil e política nesses países ultrapassa questões elementares e se calca no cotidiano da produção industrial urbana e rural de sustentabilidade com metas de vigilância à saúde como um todo e ênfase na saúde ambiental ;

As condições materiais de vida e de saúde não se reverterem com arranjos institucionais normativos. Ao reverso, em situações de extremas desigualdades as existentes na sociedade brasileira produzem ações que reforçam as desigualdades e contrariam o princípio de equidade do sistema onde as ações se inserem. Uma pátina deste tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Célia Maria. Eqüidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, supl. p.23-33, 2002.

_____. Reforma do Estado e dos Sistemas de Saúde: experiências internacionais e mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n. 2, p.263-86, 1999.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Pesquisa em Saúde Pública**. Projeto ELAC: Desigualdades em Saúde segundo condições de vida. Análise da produção científica na América Latina e Caribe e bibliografia anotada. Organização Panamericana da Saúde, Washington, 1999. (Documentos Técnicos).

ANDRADE, Ilza Araújo Leão de. **Políticas e Poder**: o discurso da participação. São Paulo: Ad Hominem, 1997.

ARAÚJO, Cíntia Lociks de. **Eqüidade**: limites e possibilidades da norma operacional de assistência. Dissertação (Mestrado Profissionalizante) em Gestão de Saúde, 173p., UFBA, Salvador, 2003.

ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.331-45, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Congresso: Equidade em saúde. Boletim **ABRASCO**, mar. 2001.

_____. Programa de Avaliação de Desempenho dos Sistemas de Saúde (PROADESS). Boletim **ABRASCO**, jun. 2004.

_____. Comissão de Determinantes Sociais. **Informativo RADIS**, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, n. 50, 2006.

_____. O orçamento saúde será contingenciado após 2009: Emenda Constitucional 29: Qual Regulamentação? **Divulga**, Rio de Janeiro, abr. 2008.

BALDIJÃO, Carlos Eduardo Malhado. A desnutrição e o processo de acumulação de capital. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, n. 29, p. 49-53, jun. 1979.

BARATA, Rita Barradas. Desigualdades Sociais e Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, 2006. p.457- 486.

BARATA, Rita Barradas et al. (Org.). **Eqüidade e saúde**: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. 256p. (Série epidemiológica,1).

BARREIRAS, Maria Cecília Roxo Nobre; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE-PUC, 2001.

BARROS e SILVA, Dacier de; ESOCA/LIMA, Maria do Socorro Quirino. Saúde Sociedade e Governo. In; I CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, 1, 1989, Natal. **Anais...** Natal, Secretaria Estadual de Saúde - RN, Natal, 1989.

BENSAID, Daniel. **Democracia contra capitalismo**: classe como processo e como relação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. Cap. 2.

BERG, Alan; MUSCAT, R. **The nutrition factor**. Washington: Thr Broakings Institution, 1973.

BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sonia Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma sanitária**: Itália e Brasil. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/São Paulo: Hucitec, 1988.

BLACK, D.; MITTLELMARK, M. **Equidad en salud**: la evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2001.

BOBBIO, Norberto. **O Conceito de sociedade civil**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p. 401-412, 2002.

BOLSA Família: impacto e previdência. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 13 nov. 2006.

BORON, Atílio. A sociedade Civil Depois do Dilúvio Neoliberal. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs). **Pós neoliberalismo**: as políticas sociais e o estado democrático. São Paulo: Paz e Terra; 1995.

BOURDIEU, Pierre. La Geografia de la Globalizacion: un unico espacio y múltiples territorios. **La Nación**, Buenos Aires, 2003. Entrevista. Universidade de Buenos Aires.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, 31 dez. 1990b.

_____. **Regulamentações**. [2004]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Reco_001_2004.doc>. Acesso em: 20 out. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação**. 2006b. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>>. Acesso em: 13 jul. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 200 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde; NAÇÕES UNIDAS. Banco Mundial. **Meta análise dos Estudos de Linha Base - ELB**. Brasília, 2006d. Power-point.

_____. Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). **Informe da Atenção Básica**, ano 4, n. 18, set./out. 2003. <http://64.233.169.104/search?q=cache:3HteySmHD_wj:cedoc.ensp.fiocruz.br/>. Acesso em: 13 jul. 2008.

BRASIL. Ministério das Cidades. **Financiamento ao Saneamento Básico**. Brasília, 2006e.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio. Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. **Políticas Públicas: Índice de Desenvolvimento Humano - IDH: evolução e variáveis 2001-2006**. Brasília, 2006f. Disponível em: <<http://federativo.bndes.gov.br>>. Acesso: 19 out. 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Lei 11.306: Segurança Alimentar: **Chamada Nutricional**, 2005.

_____. **Chamada Nutricional**. 13-03, 2006g.

BRASIL. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, 2006h. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm> Acesso em: 12 jul. 2008.

BRASIL ocupa último lugar em lista de participação social. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 12 dez. 2004. Caderno A, p.14.

BREILH, Jaime. La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género. In: _____. **Cuerpos, diferencias y desigualdades. Utopia: Bogotá**, 1998.

CALLINICOS, ALEX. A world of inequality. In: _____. **Equality**. Cambridge: Polity Press, 2000. Chapter 1.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CANZIAN, Fernando. Lula promove 6 milhões de eleitores para a classe C. **Folha de S. Paulo**, 09 jul. 2006. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u80216.shtml>>. Acesso em: 12 jul. 2008.

CARVALHO, Alice Telles de. **Medindo desigualdades sociais na mortalidade: uma comparação de métodos no município de São Paulo**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), 245p. - Unicamp, Campinas, 2004.

CASTELL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário: a produção central da exclusão**. 1998.

CASTRO, Josué de. **Geografia da fome**. 20. ed. Rio de Janeiro: Ed. Autores, 1983. 361 p.

CATANI, Afrânio Mendes. **O que é capitalismo**. 21. ed. São Paulo: Brasiliense, 1983. 139p.

CENTRO BRASILEIRO DE PESQUISAS E PLANEJAMENTO (CEBRAP). **Análises à PNAD**. Disponível em: < www.cebrap.org.br/ >. Acesso em: 20 ago. 2006.

CHESNAIS, François (Org.). **A mundialização financeira**. São Paulo: Xamã, 1998.

COHN, Amélia. Equidade, saúde e critérios para alocação de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.287-288, abr. 2005.

_____. O Estudo das Políticas de Saúde: Implicações e Fatos. **Tratado de Saúde Coletiva**, p. 231-258, São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.

_____; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. **Cad. Saúde Pública**, v.18, Supl. p.173-180, 2002.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília: CONASS, 2003 b. discussão/usuários

CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 15, Salvador, 2000. **Equidade**. Salvador: ABRASCO, 2000. 1 folder.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Reformar o Sistema de Saúde: uma utopia para sair de um *status quo* inaceitável. **Saúde em Debate**, n. 49/50, p.53-64, 1995.

CORDEIRO, Hésio. **Bases e estratégias para a Reforma Sanitária: Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde**. Brasília, MPAS, 1987.

_____. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cad. Saúde Família**, n. 1, p. 10-5, jan./jun., 1996.

_____. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Rev Ciência & Saúde**, v. 6, p.296-320, 2001.

CORDEIRO, Hésio et al. **Estudos de Linha Base**. Rio de Janeiro: CESGRAN RIO, 2006.

COUTINHO, Carlos Nelson; TEIXEIRA, Sonia Fleury et al. **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. Rio de Janeiro: Cortez /ABRASCO, 1988.

DELGADO, Malu. Lista de transplantes, na prática, não existe. **Folha Online**, 23, abr. 2006.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS SOCIO ECONÔMICOS (DIEESE). **Pesquisa do padrão de vida alimentar da família do trabalhador assalariado (1969-1970),1988**.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS SOCIO ECONÔMICOS (DIEESE). **O salário mínimo já não dá nem prá comer**. Boletins: Série 1983-1989, São Paulo, v. 2, n. 54, 1989.

DOBB, Maurice. **A evolução do capitalismo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

DONNABEDIAN, Anthony. The hole of outcomes in quality assesment and assurance. **Quality Review Bulletin**,. v.18, p. 356-60, 1992.

DRAIBE, Sonia.;VIANA, Ana Luiza D´Avila.; SILVA, Paulo. **Desenvolvimento de Políticas de Saúde nos anos 80: o caso brasileiro**. Campinas: Núcleo Estudos de Políticas Públicas/UNICAMP-OPS, 1990.

DUARTE, Manoel. Eqüidade na legislação: princípio do sistema de saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.5, n.2, p.443-463, 2000.

ESCODA/LIMA, Maria do Socorro Quirino. **A determinação social da fome / desnutrição e a intervenção do estado**. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais, UFRN,1989. 115p.

_____. The hungry social determination. In: XII International Congress of Nutrition. International Society Nutrition, Jerusalém, 1994. **Annals...** Israel, 1994.

_____. Globalization and social nutrition: health's Advocacy and Communication. In: INTERNATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH PROMOTION: 5thAnnual Meeting, Washington D. C., 1996. **Annals...**Washington, 1996.

_____. **Para a crítica da transição nutricional. Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 11,n. 7, p. 242-268, 2002.

_____. Sobre iniquidade em saúde. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina, v.6, n. 1, dez. 2004. <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v6n1/index.htm>>. vol. 5 jan. 2005a.

_____. Efetividade de ações de saneamento: uma análise de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 2, 2005b.

ESCODA, Maria do Socorro Quirino et al. Efetividade das Ações de Saneamento. **Cadernos de Engenharia Sanitária**, FUNASA, v. 2, 2006.

_____. In: IIª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 6., Natal, 2007. A Lei de segurança alimentar e a chamada nutricional da população brasileira. , 2007.

FACHINNI, Luis et al. **Estudos de Linha Base**. Porto Alegre: Universidade Federal de Pelotas, 2006.

FALEIROS, V. **A política social do estado capitalista**. São Paulo: Cortez, 1991.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. rev. e aum. São Paulo: Nova Fronteira, 1986.

FIORI, José Luis. O estado morreu. Viva o Estado! Acumulação mundial e ingovernabilidade. In:_____ **Brasil no espaço**. Petrópolis: Vozes, p.63-154, 2001.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Análises à PNAD**. ago. 2006.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. O SUS: carta aberta. **Informativo RADIS**, Rio de Janeiro, n. 43, 2006. Editorial

FREESE, Eduardo et al. Desigualdades epidemiológicas. **Boletim ABRASCO**, n. 37, ano 2, 2007.

GENTILI, Pablo (Org.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o estado democrático. São Paulo: Paz e Terra. São Paulo, 1995.

GERSCHMAN, Serge. Public sector and social and health policy reforms: An inventory on the eve of the new millennium. **Cad. Saúde Pública**, v.15, n.2, p.293-302, abr./jun. 1999.

GERMANO, José Willington. Imagens da destituição: os pobres e a educação no Brasil. 37-47. **Rev. Cronos**: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, CCHLA, Natal, v.3, n.2, jul./dez. 2002.

GIFFIN, Karl. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde; considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, v.18, p.103-112, 2002.

GOIS, Antônio. Bolsa-Família é o programa com mais foco. **Folha de S. Paulo**, 28 maio 2006. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u79005.shtml>> Acesso em: 12 jul. 2008.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**. 3. ed. bras. de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

GRUPPI, Luciano. **Tudo começou com Maquiavel** - As concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci. Porto Alegre: 6ª ed. L&PM, 1986.

GUIMARÃES, Reinaldo. **Saúde e medicina no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, 1999.(org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. (1ª reimpressão). **FIOCRUZ**, Rio de Janeiro.

HAVARD UNIVERSITY. NUTRITION CENTER HEALTH AND SCIENCE. **Standard of Nutritional Evaluation International Size**. Boston, 2006.

HETZEL DE MACEDO, Isa. Regulação democrática do SUS: uma utopia a perseguir. **Davinci**, Natal, n.2, 2003.

HELLER, Leo. **Saneamento e saúde**. Brasília: ABBES, 2002.

HOBSBAWM, Eric. **A Era dos extremos: o breve século XX**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. p. 393-420.

_____. **A Revolução francesa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

ÍNDICE de Desenvolvimento Humano. In: UNITED NATIONS ORGANIZATION. **Flat world, big gaps**. 3, set. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados do censo demográfico, 2000**. Rio de Janeiro, 2001.

-----Pesquisa de Orçamento Familiar (POF). 2003. Brasília, 2003

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). **Chamada Nutricional: síntese dos indicadores**. Brasília, 2004.

_____; FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION (FAO) (Coord.). **Estudo Nacional de Despesa Familiar – ENDEF**. Rio de Janeiro, 1974.

JAGUARIBE, Hélio. O Brasil perde prazos. **Folha de São Paulo**. São Paulo, set. 2006.

KAUTSKY, Karl. **A questão agrária**. Porto: Portucalense, v. a, 211 p., 1972.

LECOVITZ, Eduardo et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & saúde Coletiva**, v.6,n.2, p.269-296, 1997.

LEMOS, José de Jesus Sousa; NUNES, Edson L. Lima. Mapa da Exclusão Social num País Assimétrico: Brasil. **Revista Econômica do Nordeste**, Fortaleza, v. 36, nº 2, abr-jun. 2005.

LIMOEIRO, Míriam. **O mito do método**. São Paulo: EDUFESP, 1984.

LUCCHESI, Patrícia T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.439-448, 2003.

LUCKÁCS, Georg. **História e Consciência de Classe**: estudos de dialética marxista. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

LULA Presidente: programa de governo 2007-2010. Brasília, 2006.

LUZ, Madel Therezinha. **As instituições médicas no Brasil** : instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro : Graal, 1986.

_____. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n. 2, p.293-312, 2000.

_____. **Medicina e ordem política brasileira**. Rio Janeiro: Graal, 1982.

MACEDO, Mauricio Roberto Campelo de. **Notas sobre financiamento**. Natal, 2006. Departamento de Saúde Coletiva/NESC, UFRN.

MACHADO, Edith Novais de.et al. Efeitos da introdução do PAB nos recursos e na prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.99-111, 2004.

MANZANO, Rodrigo; SCARCELLI, Cristiane. As regras e as exceções. **Revista Cult**, ed. 104, [200_]. Disponível em: < <http://revistacult.uol.com.br/website/edicao/>> Acesso em: 12 jul. 2008.

MAQUIAVEL, Nicolau. **O Príncipe**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

MARCUSE, Herbert. **A ideologia da sociedade industrial**: o homem unidimensional. 6ª ed: , Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MARX, Karl. **O pensamento vivo de Marx**. São Paulo: Martin Claret Ed. 1985.

MENDES, Eugenio Vilaça. **Sistema único de saúde**: um processo social em construção. [1996]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF9371.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2005.

_____. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, n. 4, p. 4-26, jan/jun, 2004. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br>. Acesso em: 3 ago. 2005.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães et al. **Estudo de Linha Base**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Raizes da fome**.: Vozes/Fase, 2. ed. Petrópolis,1986

MORIN. Edgar., A suportável realidade. **Rev. Cronos**. PGCS- UFRN, v.2, n.2, p.23-30, jul.dez.,2001:EDUFRN,Natal.

MOVIMENTO DOS SEM TERRA (MST). Entrevista: Stédile e Carta 5, Congresso. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 14 jul. 2007.

MULLER, Geraldo. Fome: o não direito do não cidadão. In: COVRE, Maria de Lourdes M. (Org.). **A cidadania que não temos**. São Paulo: Brasiliense, 1986. p.13-38.

NASSIF, Luís. A gestão na área social. **Folha de S. Paulo**, 30 maio 2006. Disponível em: <<http://arquivoetc.blogspot.com/2006/05/lus-nassif-gesto-na-rea-social.html>>. Acesso em: 12 jul. 2008.

NAVARRO, V. Health and equity in the world in the era of “globalization”. **International Journal of Health Services**, v. 29, n.2, p. 215-26, 1999.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **A saúde pelo avesso**. Natal: Seminare Editora, 2003.

OFFE, Clauss. Dominação de classes e sistema político. Sobre a seletividade das instituições políticas. In:_____. **Problemas Estruturais do Estado Capitalista**, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. p.140-177.

OLIVEIRA, Francisco de. **A economia brasileira: crítica à razão dualista**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1987a.

_____. **O elo perdido: classe e identidade de classe**. São Paulo: Brasiliense, 1987b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatórios técnicos anuais**. Brasília, 2006. Série 2000a e 2003b.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA PARA A SAÚDE. **Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**. Brasília, 2003. Série Técnica 2.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 455-466.

PAIXÃO, Marcelo. O IDH não serve para avaliar as desigualdades. **IPEA**, 3 set. 2006.

PARODI, Jorge. Tres aproximaciones al análisis de la política social. In: SIMPOSIO SOBRE EI TRABAJO SOCIAL, 1978, Ecuador. **Annals...** Ecuador, 1978. p.14 -24.

PELLEGRINI FILHO, Alberto. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p.339-350, jun. 2004.

PESQUISA de opinião. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 23 out. 2006.

PESQUISA Mundial de Saúde. **Informativo RADIS**, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, n. 22/ 23, 2004.

POCHMANN, Marcos. A redução das desigualdades: análises sobre a PNAD. **Folha de São Paulo**, 27 set. 2005.

POLÍTICAS Públicas: O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Variantes. **Informe-se, BNDES**, n. 19, out. 2002.

PORTELLI, Hughes. **Gramsci e o bloco histórico**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

POULANTZAS, Nicos. **Poder político e classes sociais**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

PRÉ-SOCRÁTICOS. São Paulo: Nova Cultural, 1996. Coleção *Os Pensadores*.

REFORMA agrária: acesso. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 13 nov. 2006.

RIBEIRO, Pedro. Distribuição de recursos financeiros e equidade: uma relação delicada na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.292-296, abr. 2005.

ROCHA, Paulo de Medeiros. **No limiar do século XXI: globalização e saúde - desafio da proteção**, 1997. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 1997.

ROCHA, Paulo de Medeiros et al. **Estudos de Linha Base: PROESF**. UFRN, Natal: Edufrn; 2006.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & saúde**. São Paulo: Medsi. 1999.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Du contrat social au principes du droit politique**. São Paulo: Escala, 2005. Tradução de Ciro Mioranza.

SALAMA Pierre. **Estado e capital: o estado capitalista como abstração real**. São Paulo: CEBRAP, 1980. p. 119-187.

SALOMON, Marta. Previdência reduz mais a pobreza que Bolsa-Família. **Folha de S. Paulo**, 02 jul. 2006. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u80010.shtml>> Acesso em: 12 jul. 2008.

_____. Ipea quer fim de aumento real no piso da Previdência. **Folha de S. Paulo**, 14 nov. 2004. Folha dinheiro. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/indices/inde14112004.htm#dinheiro>> Acesso em: 12 jul. 2008.

SANTOS, Milton. ; **Territorio, globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec; 2000.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A globalização e as ciências sociais**. São Paulo: Cortez; 2002.

SANTOS, Fausto Pereira. Página inicial. Saúde privada cresce 30% desde 2000. In: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Notícia do Setor**: clipping. 2007.

Disponível em: <www.cns.org.br/links/menup/noticiadosetor/clipping/2007/06/clipping_0406.htm>. Acesso em: 13 jul. 2008.

SARTRE, Jean Paul. Questión de método. In: _____. **Crítica de la razón dialéctica**. Buenos Aires: Losada; 1960.

SENNA, Marcio de Carvalho Medeiros. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.18, p.203-211, 2002.

SILVA, Dacier de Barros e; LIMA, Maria do Socorro Quirino Escoda. Saúde, Sociedade e Governo. In: CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, 1., 1989, Natal. **Anais...** Natal: Secretaria Estadual de Saúde-RN, Natal, 1989.

SOARES, Fábio Veras; SOARES, Sergei; MEDEIROS, Marcelo; OSÓRIO, Rafael G. **Programas de Transferência de Renda no Brasil: impacto sobre a desigualdade e a pobreza**. Brasília: Ipea, 2006.

SOARES, Washington; NERI, Manoel.. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, p.77-87, 2002.

SPINELLI, José Antonio Lindoso; LYRA, Rubens Pinto. **Teoria política do renascimento à contemporaneidade**. João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB, 2007. p. 106-130.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. 725 p.

_____. Improving equity in health: A research agenda. **International Journal of Health Services**, v.31, n.3, p.545-546, 2001.

STENZEL, Ana Cecília Bastos. **A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada**. 1996. 251f. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

STIGLITZ, Joseph Eduard. **Globalization and its discontents**. New York London: w. w; Norton & Company, 2002.

_____. Lula caiu na cilada do mercado. **Folha de S.Paulo**, 07 abr. 2006. Disponível em: <<http://br.groups.yahoo.com/group/economistas/message/4907>> Acesso em: 12 jul. 2008.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Equidade e Reforma Sanitária: Brasil. **Saúde em Debate**, Londrina, n.3, jun. 1994.

_____. O dilema da reforma sanitária. In: _____. (Org.). **Reforma Sanitária - Itália e Brasil**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1998.

TOURAINÉ, Alain. Europa pierde el tiempo discutiendo de globalización. In: MORAN, Carlos. **El País**, Ed. impr. Internacional,14, jul. 2001. El Escorial, Madrid.

TOWNSEND, P., DAVIDSON, N. Inequalities in Health. The Black Report. London: Penguin, 1982. 240 p.

TRANSFERÊNCIA de renda. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 5 ago.2006.

TRAVASSOS, Claudia. Eqüidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cad. Saúde Pública**, v.13, n.2, p.325-330. abr. 1997.

TRAVASSOS, Claudia et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.133-149, 2000.

UNION NATIONAL DEVELOPMENT FOR PROGRESS. HUMAN DEVELOPMENT REPORT. **Cultural liberty in today's diverse world**. New York, 2004.

VASCONCELOS, Cipriano Maia. **Os paradoxos do SUS**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Unicamp, 2005.

VIANA, Ana Luiza D'Avila; FAUSTO, M. Lima L. Política de saúde e eqüidade. **São Paulo Perspectivas**., v.17, n.1, p.58-68, mar. 2003.

VIANA, Ana Luiza D'Avila et al. **Estudos de Linha Base: PROESF**. Departamento de Medicina Preventiva. USP. São Paulo, 2006.

VIEIRA, César. Desigualdade e Saúde na América Latina. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPS. **Ciências sociais em saúde na América-Latina: tendências e perspectivas**. Washington, 1991.

VILAR, Rosana Alves de. **Participação social em saúde: a experiência de Natal-RN**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)-Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 1997.

VILLAS BOAS, Maria Luiza. El papel de la política en la institucionalización del bienestar: notas para el debate, In: **Estado y Políticas Sociales en América Latina**. México/Rio de Janeiro: U.A.M.-Xochimilco, 1992.

VILLAS BOAS, Maria Luiza et al. **Estudos de Linha Base**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ENSP, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **Evaluation health care; the health of nations: annual thecnical report**. Washington, 2003. L.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)