

**EQUIDADE NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO:
UMA TEORIA FUNDAMENTADA EM DADOS**

Gabriela Ferreira Granja^a

Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli^b

Paulo Antônio de Carvalho Fortes^c

Lislaine Aparecida Fraccolli^d

Resumo

A equidade é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto seu conceito é polissêmico e assume diversas interpretações. O presente estudo teve por objetivo propor uma teoria de médio alcance para equidade no SUS. Para compor esta teoria foram reunidos dados de amostragem empírica e teórica, para a discussão do conceito e operacionalização da equidade no SUS. Na análise das entrevistas junto a usuários, profissionais e gestores do SUS, foi encontrada como categoria central que a “Equidade é tratar cada usuário dos serviços segundo suas necessidades de saúde, priorizando no atendimento os mais necessitados, por critérios clínicos ou epidemiológico-sociais, depois de garantir acesso igualitário e sem discriminação a todos”. A análise da literatura científica dos documentos oficiais da saúde no Brasil demonstrou que os especialistas que tratam da equidade descrevem, em suas produções, os mesmos sentidos encontrados nas entrevistas com os atores do SUS. Na integração dos resultados emergiram quatro elementos principais para equidade: justiça social, igualdade, acesso universal e priorização dos que mais precisam para redução das iniquidades. Estes representam critérios que devem ser respeitados na efetivação da equidade no SUS como um pilar da Política Pública de Saúde no Brasil.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde. Equidade em saúde. Alocação de recursos em saúde. Justiça social. Bioética. Saúde coletiva.

^a Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Bolsista CNPq de Mestrado.

^b Profª. Doutora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

^c Prof. Doutor Titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

^d Profª. Doutora Livre-docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Rua Alves Guimarães, nº 461, apto.13, Pinheiros, São Paulo. CEP: 05410-000
gabrielafgranja@gmail.com

Abstract

Equality is one of the foundations the National Public Health System (SUS). Its conception is polyseme word and it admits several interpretations. This study aimed at elaborating a Theory of Equality Based on Data in SUS. We used empirical and theoretical sampling to discuss the concept and the implementation of equality in SUS's health services. In the analysis of the interviews to patients, professionals and managers of SUS and in three cities of São Paulo. A core category conception was found according to which: "Equality is to treat each and every patient according to their health needs, giving priority to the assistance to those who need more aid in view of their clinical or social-epidemiological criteria, and after ensuring equal and indiscriminate access to all". In the analysis of the scientific literature of the official documents on health in Brazil has shown that the experts on the subject describe in their writing the same conceptions found in the interviews of SUS's actors. In the consolidation of the results four main elements for equality emerged: social justice, equality, universal access, and prioritization of those in need in order to reduce inequality. These represent criteria that should be observed in the effectuation of equality in SUS as a foundation of the Public Health Policy in Brazil.

Key words: Health Public Policy. Equality in health. Resource allocation in health. Social justice. Bioethics. Public health.

EQUIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD BRASILEÑO: UNA TEORÍA FUNDAMENTADA EN DATOS

Resumen

La equidad es uno de los pilares del Sistema Único de Salud (SUS), entretanto, su concepto es polisémico y asume diversas interpretaciones. El presente estudio tuvo por objetivo proponer una teoría de medio alcance para equidad en el SUS. Para componer esta teoría fueron reunidos datos de muestra empírica y teórica, para la discusión del concepto y operacionalización de la equidad en el SUS. En el análisis de las entrevistas junto a usuarios, profesionales y gestores del SUS, fue encontrada como categoría central que la "Equidad es tratar cada usuario de los servicios según sus necesidades de salud, priorizando en el atendimento los más necesitados, por critérios clínicos o socioepidemiológicos, después de garantizar acceso igualitario y sin discriminación a todos". El análisis de la literatura científica de los documentos oficiales de la salud en Brasil

demostró que los especialistas que tratan de la equidad describen, en sus producciones, los mismos sentidos encontrados en las entrevistas con los actores del SUS. En la integración de los resultados emergieron cuatro elementos principales para equidad: justicia social, igualdad, acceso universal y priorización de los que más necesitan para la reducción de las inequidades. Éstos, representan criterios que deben ser respetados en la efectivación de la equidad en el SUS como un pilar de la Política Pública de Salud en Brasil.

Palabras-clave: Políticas Públicas de Salud. Equidad en salud. Designación de recursos en salud. Justicia social. Bioética. Salud colectiva.

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1980, o Brasil vivenciou um processo de redemocratização política que, na Saúde, com o Movimento de Reforma Sanitária, culminou na reformulação de seu Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988. De um modelo de Saúde Previdenciário, que limitava o direito a saúde aos trabalhadores, com inserção formal no mercado de trabalho, foi substituído por um modelo universal e igualitário de assistência à saúde para todos os brasileiros.

Um dos pilares do SUS é a equidade na distribuição dos recursos. Com a crise econômico-financeira que atingiu o mundo na década de 1990, a pauta de discussão na Saúde Pública brasileira passou a integrar a alocação de recursos frente a um sistema de acesso universal e igualitário. Em situações de recursos limitados, quais escolhas deveriam ser feitas, de forma justa e com equidade?

Em estudo realizado sobre a alocação de recursos em saúde evidenciou-se a ausência de parâmetros e critérios objetivos para tomar decisões na priorização de serviços e ações de saúde.¹

Alguns critérios podem ser assinalados na priorização das ações em Saúde: os valores da sociedade, o volume e a composição do gasto em saúde, a disputa de poder entre as classes e a disputa entre a dimensão técnica e política.

É urgente, entretanto, definir qual a equidade que queremos para o SUS, em quais bases teóricas ela está apoiada e quais os parâmetros possíveis na definição dos caminhos que a Saúde Pública irá trilhar em tempos de pluralismo ético, político e social.

Segundo Silva e Almeida Filho² a equidade em saúde tem sido estudada principalmente com base em uma perspectiva epidemiológica e pouca atenção tem sido dada às questões conceituais. Os autores acrescentam ainda que, na maioria dos estudos empíricos, não se observa maior preocupação em definir termos e estabelecer conceitos. As noções de equidade e

igualdade, por um lado, e seus contrários, desigualdade, diferença e iniquidade, são tratados como sinônimos. Os trabalhos teóricos a respeito da temática revelam uma clara confusão terminológica e a necessidade de estudos mais aprofundados sobre o conceito de equidade.

Com este pano de fundo, o presente estudo teve por objetivo propor uma teoria de médio alcance para equidade no SUS. O propósito do estudo foi contribuir para a compreensão da perplexidade gerada pelas limitações quanto à operacionalização da equidade no SUS, propondo pistas de critérios eticamente prudentes para a solução de problemas que surgem com o aumento das necessidades, demandas, gastos, custos dos serviços e limitação de recursos disponíveis.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de cunho hermenêutico, com o propósito de compreender um fenômeno, que teve como referencial metodológico a Teoria Fundamentada em Dados (Grounded Theory) proposta por Streubert e Carpenter.³

A primeira etapa desse método é a coleta de dados, mediante entrevistas, observação, documentos ou, ainda, da combinação desses. Os dados são examinados e analisados num sistema de comparação constante. Todos os dados encontrados são examinados e codificados. Códigos semelhantes formam as categorias em uma segunda etapa. A comparação das categorias permite ao investigador perceber como se agrupam ou como se ligam, de modo a encaixá-las em outra categoria maior.³

A amostra seletiva da literatura geralmente ocorre simultaneamente ou segue-se à análise de dados e não necessariamente no início do estudo, pois é orientada pelos dados empíricos. À medida que a teoria se desenvolve, os investigadores fazem a revisão de literatura para conhecerem o que há publicado sobre os conceitos emergentes, para desenvolver hipóteses e identificar as propriedades das principais categorias. O processo de redução e comparação das categorias possibilitou a emergência da variável principal da investigação.³

Neste estudo, para compor a Teoria Fundamentada em Dados, foram reunidos dados de amostragem empírica com pesquisas de campo e amostragem teórica com revisões bibliográficas na literatura científica, para a discussão do conceito e operacionalização da equidade na saúde. Para cada etapa, adotou-se a estratégia mais apropriada para a organização dos dados, uma vez que as etapas são intermitentes, entretanto os dados pertinentes a cada uma são analisados isoladamente, antes da comparação e complementação.

No trabalho de campo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema de saúde local, em três municípios (São Carlos, Marília e Santos) do Estado de São Paulo (Brasil). O total de entrevistados somou 152 sujeitos, sendo, em

Marília, 51, em São Carlos, 41 e em Santos, 60. Optou-se por focar a atenção primária, por compreender-se que este é o nível desenhado para o acesso do cidadão ao Sistema de Saúde e para a organização de seu cuidado. Este nível da assistência é cenário propício para se verificar a operacionalização prática de um princípio ético e político do SUS como a equidade.

Os temas abordados nas entrevistas foram a equidade na atenção à saúde e como o entrevistado a via nos serviços que usava, geria ou trabalhava.

Todos os depoimentos foram gravados em meio digital e transcritos. Os discursos foram organizados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) com o uso do *Software QualiquantiSoft*, conforme ensinamentos de F. Lefèvre, A. Lefèvre e Teixeira.⁴ Esta forma de organizar os dados dos discursos foi tida como a indicada, por permitir identificar os sentidos conferidos à equidade, reconhecido como pilar da Política Pública de Saúde no SUS. Essa maneira de apresentar os dados empíricos facilita a construção da Teoria Fundamentada em Dados, como era o propósito do estudo.

Segundo determinações da Resolução CNS/MS 196/96, que regulamenta a ética da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e pelos Comitês das respectivas Prefeituras Municipais, em cada uma das cidades incluídas.

A análise dos dados empíricos foi acompanhada da realização de uma Revisão Sistematizada do termo “equidade” na literatura de ética, bioética e saúde coletiva, nas bases de dados Lilacs, Medline, Embase e Dedalus para o período de 1980-2006. Os descritores utilizados nos idiomas inglês e português foram: equidade e justiça social. O critério de inclusão foi artigos que abordavam o conceito de equidade numa discussão mais teórica na vertente filosófica das teorias de justiça, pois o escopo do trabalho era a Bioética. Nesta etapa do processo, buscou-se investigar os temas presentes na literatura científica que remetiam ao conceito de equidade. Para organização dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin.⁵ O tema, como unidade de registro, corresponde a um recorte do sentido, o segmento de conteúdo a ser considerado como unidade de base na categorização.

Nesta busca, após a eliminação das duplicações, foram localizados treze (13) artigos que atenderam ao critério de inclusão. Destes, cinco (5) eram de periódicos estrangeiros e oito (8) brasileiros. A maioria dos artigos, dez (10), foi publicada após o ano de 2002. Da década de 1990, identificaram-se apenas três (3) artigos; na década de 1980, nenhum artigo foi encontrado dentro da discussão teórica de equidade.

Esta busca inicial e os dados empíricos indicaram a necessidade de nova busca bibliográfica na base Lilacs, com o objetivo de recortar melhor o objeto do estudo e

dimensionar mais adequadamente a equidade como política pública brasileira. Utilizaram-se os descritores “equidade em saúde” e “Brasil”. O critério de inclusão foram artigos de autores brasileiros que contemplassem a discussão do princípio da equidade no SUS. Foram encontrados 20 (vinte) artigos, que contemplavam o critério de inclusão estabelecido e excluídas as duplicações, tanto nesta busca como com na anterior. Procedeu-se a análise destes novos artigos, como feito na primeira revisão.

Os resultados acumulados possibilitaram a identificação da necessidade de ampliar a revisão de literatura para abranger uma discussão teórica, na perspectiva da Política Pública de Saúde, ou seja, da equidade no SUS. Essa terceira busca bibliográfica foi realizada nas bases Lilacs, Dedalus, Medline e Embase, tendo como descritores: equidade, *fairness* e justiça social. Também se incluíram livros texto de filosofia, ética e bioética. Para a localização desta bibliografia, foi de grande valia as próprias referências listadas nos artigos incluídos nos dois primeiros levantamentos.

RESULTADOS: “O QUE É EQUIDADE?”

Com o processo de análise, foi possível identificar uma categoria central para a equidade na assistência saúde: “Equidade é tratar cada usuário dos serviços segundo suas necessidades de saúde, priorizando no atendimento os mais necessitados, por critérios clínicos ou epidemiológico-sociais, depois de garantir acesso igualitário e sem discriminação a todos.”

Ao buscar resposta para a pergunta norteadora da pesquisa, “O que é equidade”, com base nos dados empíricos e na amostra teórica, foram identificados os três temas mostrados a seguir.

TRATAR TODOS IGUALMENTE

Toda pessoa deveria ter igual capacidade para ser saudável, relacionada às “oportunidades reais”, “liberdade total” de escolha. Justiça em saúde requer sociedades que promovam às pessoas as condições necessárias para desenvolver o mais alto nível de saúde possível em suas vidas.⁶

Segundo Almeida,⁷ o conceito de equidade remete à questão da justiça distributiva, dos direitos e deveres do homem/cidadão e do Estado. Enquanto o princípio antigo de justiça, defendido por Aristóteles, estava relacionado à distribuição de recursos de acordo com o mérito de cada indivíduo, o princípio moderno supõe que todos mereçam uma distribuição de recursos básicos, já que a cidadania é condição decorrente da igualdade das pessoas.

O conceito de justiça distributiva sofreu várias transformações ao longo da história. No século XIX, a industrialização crescente com a excessiva jornada de trabalho em fábricas insalubres, os baixos salários, a pobreza, a utilização da mão de obra infantil, geraram protestos e

anseios por mudanças. As ideias socialistas de igualdade encontraram terreno fértil para difundir-se e se oporem ao modo de produção capitalista e à propriedade privada.⁸

Influenciado pelas críticas ao primeiro modelo liberal, com a crescente industrialização e urbanização, o Estado liberal-democrático do século XX assume providências de inspiração mais igualitária, considerando as medidas assistenciais como constituintes civis e políticos.⁸

Enquanto os direitos individuais inspiram-se no valor primário da liberdade, os direitos sociais inspiram-se no valor primário da igualdade. São direitos que tendem, senão a eliminar, ao menos a corrigir desigualdades decorrentes das diferentes condições desiguais de partida, sejam econômicas, sociais ou naturais/biológicas.⁷

Na análise dos documentos oficiais da Saúde no Brasil, observa-se que o Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde⁹ relaciona o direito à saúde à garantia do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para todos os cidadãos brasileiros.

É importante ressaltar que, na Lei 8.080, que regulamenta o SUS, o termo equidade não é citado, e sim o princípio da igualdade. Nos documentos oficiais da Federação, o termo equidade aparece explicitamente na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96) e no capítulo da Seguridade Social da Constituição Brasileira de 1988, relacionando-se, assim, com o financiamento e a distribuição de recursos na Saúde.¹⁰

Os atores do SUS, entrevistados neste estudo, definem “Tratar a todos igualmente” da seguinte forma:

“Equidade é paridade, igualdade. Atender de maneira mais igualitária possível os pacientes que chegam à UBS, a todos no serviço público da mesma forma, sem diferença de sexo, raça, religião, situação social, nível socioeconômico, nível de instrução, cor, credo, preferência política, sem qualquer tipo de distinção. É igualdade no tratamento das doenças, em todos os aspectos, não só orgânicos. É nunca ter diferença. Tratar todo mundo igual, com a mesma medida. Este seria o direito de todos.”

TRATAR OS MAIS NECESSITADOS COM BASE NO CRITÉRIO CLÍNICO

A equidade em saúde exige que médicos e profissionais de saúde focalizem seu trabalho em um grupo que necessite mais de assistência, em detrimento do que necessite menos.¹¹

Nesta mesma linha de pensamento, Daniels¹² segue a interpretação liberal de justiça para a saúde, na qual todos devem ter igualdade de oportunidades de acesso à assistência médica

para ter vida sadia e acesso aos outros bens como educação, trabalho e livre migração. Para o autor, em sociedades com escassez de recursos, devem ser estabelecidos alguns critérios: o básico de atenção médica, como situações de urgência, deve ser acessível a todos; o direito à atenção médica deverá cobrir todas as enfermidades que os cidadãos não tenham condições de pagar, o que não lhes confere o direito de pagamento de serviços médicos sofisticados e eletivos.

Neste tema, o discurso dos atores do SUS foi:

“Equidade é tratar desigualmente os desiguais, pois cada um tem uma necessidade diferente. Tratar cada caso como um caso e privilegiar as pessoas que estão necessitando de mais atendimento, de mais atenção, não necessariamente de consulta. Se tivesse uma vaga só, passaria no médico o que está com precordialgia, e o que está com disenteria, orientaria um soro caseiro e um acompanhamento. É um atendimento de quem precisa consumir mais e de quem precisa consumir menos. Respeitando a individualidade de cada um, oferecer aquilo que a pessoa necessita. É poder olhar para o paciente e deixá-lo falar, dar acesso a ele e tratar daquilo que ele realmente precisa, dando respostas conforme essa necessidade.”

TRATAR OS MAIS NECESSITADOS COM BASE NO CRITÉRIO EPIDEMIOLÓGICO

Equidade não é o mesmo que igualdade. E o reconhecimento das diferenças no atendimento das necessidades possibilita alcançar a igualdade.¹³

Rawls,¹⁴ em seu livro *Uma Teoria da Justiça*, expressa a teoria da justiça como equidade. Esta é uma das concepções de justiça de maior destaque no século XX. Segundo Daniels,¹² para garantir a igualdade de oportunidades que o filósofo defendia, a boa saúde tem que ser assegurada e promovida. Por isso, pareceu pertinente para a construção da teoria aqui exposta abordar a equidade em Rawls.

Esse autor utiliza a noção de véu de ignorância, para descrever uma situação ideal, originária, na qual as pessoas, desconhecendo sua real posição na sociedade, estariam em condições de estabelecer uma justa distribuição dos recursos na sociedade. A ideia principal é que pessoas livres e racionais, numa posição inicial de igualdade e desconhecendo sua real situação, poderiam definir os termos fundamentais de sua associação colaborativa de maneira equitativa, favorecendo os mais necessitados, pois isso resultaria no bem de toda sociedade.¹⁴

Rawls¹⁴ descreve dois princípios fundamentais. Primeiramente, deveria haver igualdade na distribuição de deveres e direitos básicos, como a manifestação autônoma, direito à liberdade de locomoção, de expressão de opiniões, de reclamação, de associação, de informação,

de direito à privacidade. Posteriormente, de acordo com o princípio da diferença, afirma que é justa a ação que tenha consequências desiguais para os diversos envolvidos apenas quando resultam em benefícios compensatórios para cada um e, particularmente, para os “menos favorecidos” ou “menos afortunados” da sociedade.

Almeida^{7:28} defende que “[...] para colocar indivíduos desiguais de nascimento nas mesmas condições de partida pode ser necessário favorecer os mais pobres e desfavorecer os mais ricos, numa distribuição desigual”.

A equidade em saúde pode ser, e tem sido, amplamente definida como a ausência de disparidades em saúde, com sistemática avaliação das vantagens e desvantagens sociais.¹⁵

Para Neves¹⁶, a equidade representa igual acessibilidade aos cuidados de saúde, por meio de uma redistribuição diferenciada que atribua mais a quem tem menos e o mesmo a quem tem as mesmas condições, numa ação reguladora das desigualdades.

Para que esta distribuição ocorra de forma justa para todos, torna-se fundamental revigorar a discussão dos princípios e valores e definir princípios de justiça coerentes e consistentes nos quais se apoiar, além de operacionalizá-los de forma efetiva. Portanto, falta incluir na discussão de equidade a negociação política do cálculo de consenso possível e de dissenso suportável.¹⁷

Além disso, torna-se necessário buscar novas formas de relação entre Estado e sociedade que promovam a autonomia dos sujeitos sociais para praticarem suas próprias escolhas, em detrimento de simplesmente reforçar a redução dos sujeitos sociais a condição de consumidores dos serviços providos pelo Estado.¹⁸

Fortes¹⁹ enfatiza a importância da solidariedade entre as pessoas por meio do diálogo e da comunicação. O autor concorda com o bioeticista Diego Gracia, ao considerar que deva ser reformulada a máxima: a cada pessoa conforme suas necessidades até o limite que permitam os bens disponíveis.¹⁹

Lucchese²⁰ propõe a epidemiologia como conhecimento imprescindível à compreensão dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, assim como a valorização da experiência cotidiana de profissionais e usuários, para definir prioridades na saúde e redimensionar as ações no nível local com vistas à equidade e à atenção integral.

Entretanto, para Elias,²¹ os critérios epidemiológicos adéquam-se estritamente para apontar necessidades de atenção à saúde, segundo parâmetros da morbi-mortalidade populacional ou para a definição da situação de saúde da população, e não como critério de escolha entre duas ou mais situações de igual expressão epidemiológica para o estabelecimento de prioridades na alocação de recursos.

O paradigma da promoção à saúde vem colocar a necessidade de que o processo da produção do conhecimento e das práticas no campo da saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas faça-se por meio da construção e da gestão compartilhadas.²²

A realidade mostra que, na agenda atual do Setor Saúde, o princípio da equidade encontra-se condicionado aos objetivos de eficiência, submetido aos “limites de caixa” e de custo-efetividade. As ações de saúde para os grupos específicos reduzem-se às políticas de focalização (para os mais pobres) e de privatização.⁸

Os temas da equidade e da focalização têm suscitado forte polêmica. De um lado, posições que associam a focalização à perspectiva de restrição de direitos, mediante a instauração de um cardápio mínimo de ações a serem desenvolvidas pelo Estado apenas para a população mais pobre. De outro, existem análises que salientam a possibilidade da focalização constituir-se alternativa para fazer face ao quadro de extrema pobreza e desigualdades sociais no Brasil, ao estabelecer prioridades aos mais vulneráveis.²³

Luiz⁸ discute a publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1990, na qual o texto de Margareth Whitehead apresenta a evidência de que grupos desfavorecidos não só sofrem maior incidência de doenças, mas também têm mais doenças crônicas e incapacidades em idade precoce. Ressalta que o termo equidade tem uma dimensão ética e moral e refere-se à ausência de diferenças evitáveis e injustas, determinadas histórico e socialmente.

De acordo com Whitehead,²⁴ as iniquidades são as diferenças geradas pela restrição à liberdade de escolha; exposição a condições de vida e trabalho estressantes e doenças; acesso inadequado a serviços públicos essenciais, entre eles os de saúde; e mobilidade social relacionada à saúde, envolvendo a tendência dos doentes descenderem na escala social.

Sen²⁵ sugere a abordagem da equidade com base nas diversas capacidades que as pessoas desenvolvem para estarem em boa saúde, felizes e serem parte de uma comunidade. Nesta abordagem, a desigualdade surge da maior ou menor capacidade de escolha de cada um para desenvolver um funcionamento desejado, como estar nutrido adequadamente, ter boa saúde, livre de doenças que podem ser evitadas, ser feliz, ter respeito próprio, tomar parte da vida na comunidade, e assim por diante.

No contexto das políticas de promoção da saúde, a equidade sempre foi destaque nas discussões para estabelecer prioridades na saúde. Na Conferência de Otawa, realizada em 1986, declarou-se que, para superar as desigualdades existentes entre as pessoas em desvantagem social, deveriam ser estabelecidas prioridades aos grupos mais desprivilegiados e vulneráveis. Em 1991, a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida na Suécia, determinou que a equidade é prioridade básica na criação de ambientes favoráveis à saúde, reunindo todos os seres

humanos num esforço único. Em 1997, a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em Jacarta, determinou que os tomadores de decisão devem ser comprometidos com a responsabilidade social, indo ao alcance de políticas e práticas que tenham como foco a equidade em saúde. No caso do Brasil, as ações de promoção da saúde, desenvolvidas no contexto da implementação de uma Política Nacional, recolocam em destaque os princípios da equidade, universalidade e integralidade, norteadores do SUS.²⁶

Os atores do SUS, neste estudo, também apontam que a equidade na saúde inclui corrigir as desvantagens socialmente determinadas:

“Equidade é você tratar os diferentes de maneira diferente, dando mais a quem precisa mais. É tratar desigualmente os desiguais. É um olhar diferenciado para aquelas pessoas que necessitam mais e trabalhar com prioridades, reconhecer que tem grupos populacionais, necessidades diferentes, que precisam mais do poder público, e atender, de maneira privilegiada esses grupos. É justiça social uma atenção à saúde na medida da necessidade dessas pessoas e dessa coletividade. É dar o que cada um necessita de acordo com as condições dele, respeitando a característica socioeconômica, da família, da pessoa. É garantir a todos o direito à saúde, acesso à educação, ao mínimo de condições de moradia, de lazer, desse tipo de necessidade humana.”

DISCUSSÃO

Os resultados, que apontavam primeiro para o respeito à igualdade no acesso, seguido pela diferenciação no atendimento das necessidades, entendendo como um dever moral, ao privilegiar o mais necessitado, conduziram à teoria de justiça do filósofo norte-americano John Rawls.

Rawls,²⁷ em sua obra *Justiça como Equidade: uma Reformulação*, revisa os dois princípios da igualdade e da diferença anteriormente discutidos. Segundo o filósofo, toda pessoa tem direito irrevogável a um esquema plenamente adequado de liberdades básicas iguais, compatível com o esquema de liberdades comum a todos (princípio da igualdade). Acrescenta que desigualdades sociais e econômicas devem satisfazer duas condições: primeiro, devem estar vinculadas a cargos e posições acessíveis a todos em condições de igualdade equitativa de oportunidades (igualdade de oportunidades); em segundo lugar, têm de beneficiar ao máximo os membros menos favorecidos da sociedade (princípio da diferença). O segundo princípio (da diferença) só poderá ser aplicado se o princípio anterior (da igualdade) for plenamente satisfeito.

Como é possível identificar, a teoria de Rawls agrega as três concepções de equidade encontradas na análise dos discursos dos atores do SUS e na literatura científica investigada. O autor propõe uma condição inicial de igualdade, mas reforça que, em condições de desigualdade, os mais desfavorecidos devem ser priorizados. Os mesmos princípios devem ser aplicados a saúde e a operacionalização da equidade, enquanto pilar do SUS.

A imagem do véu da ignorância proposta por Rawls²⁷ como situação ideal para a concretização da equidade não existe de fato no SUS real. Na prática, há uma arena de disputa de diferentes interesses e de grupos com distintos poderes. Por isso, concordamos com Almeida⁷ e Santos¹⁷ quanto à necessidade de reforçar a participação de todos na discussão dos princípios de justiça, com os quais a equidade no SUS deverá ser consolidada, e propiciar a realização de consensos possíveis, mediante os diferentes interesses.

Com base nos resultados, podem-se identificar e delimitar valores que são pilares balizadores para a construção da equidade como um princípio do SUS. Os valores encontrados foram: a *justiça social* que, não se restringe à ideia de alocação de recursos, por meio de exclusão seletiva de procedimentos, mas sim pela priorização dos mais vulneráveis e daqueles que mais necessitam de assistência à saúde; a *igualdade*, que representa a possibilidade de todos desenvolverem uma capacidade de ser saudável, de viver a vida com dignidade e de fortalecer a população para autonomia e participação nas decisões; o *acesso universal*, que se relaciona à consolidação do SUS e à saúde como direito social de cidadania, pois significa distribuição igualitária e universal dos recursos disponíveis em saúde, sem discriminação; e a *priorização dos que mais precisam e redução das iniquidades*, em que a equidade assume uma dimensão ética e política, ao propor a diminuição de diferenças evitáveis e injustas, por meio de uma assistência à saúde compatível com a dignidade humana.

A pesquisa realizada possibilita afirmar-se que construir uma Teoria Fundamentada nos Dados para a equidade no SUS requer que se reconheça e compreenda que não existe um entendimento único para equidade nem na literatura, nem entre os atores sociais.

Entretanto, em meio à polissemia, foi possível identificar a preocupação de garantir acesso universal, igualitário e não discriminatório aos serviços e, no atendimento, privilegiar os mais necessitados clínica ou socialmente.

Assim, embora a polissemia dos entendimentos e a polifonia de equidade dificultem a construção de ações e estratégias em saúde para a operacionalização deste princípio do SUS, acredita-se que os valores identificados podem servir de balizadores para os profissionais e pesquisadores na consolidação do Sistema de Saúde Brasileiro, como direito social.

A responsabilidade ética exige a realização dos valores que possibilitem uma vida humana e crê-se que, neste sentido, os que aqui foram identificados como componentes da

equidade, podem consistir em critérios prudentes a serem ponderados pelos gestores do SUS no planejamento, na operacionalização e na avaliação das ações em saúde, quando buscam realizar a equidade.

É importante ressaltar a universalização como principal avanço do SUS, pois concretiza, na assistência à saúde, a igualdade humana e cidadã inaugurada na modernidade. O acesso universal aos serviços de saúde representa a conquista de um direito social para todos os brasileiros e a capacidade de a sociedade estabelecer coletivamente seus objetivos na saúde, em bases solidárias.

REFERÊNCIAS

1. Fortes PAC. Critérios Éticos em microalocação de escassos recursos. *O mundo da Saúde* 2000;24(6):543-51.
2. Silva LMV, Almeida Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Públ.* 2009;25(Sup):217-26.
3. Streubert HJ, Carpenter DR. Investigação qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista. 2ª ed. Loures: Lusociência; 1999.
4. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV, organizadores. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica na pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições; 2004.
6. Ruger JP. Ethics and governance of global health inequalities. *J. Epidemiol. Community Health* 2006;60:998-1002.
7. Almeida C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *C. Saúde Pub.* 2002;18(supl):23-36.
8. Luiz OC. Direito e equidade: princípios éticos para a saúde. *Arq. Méd. ABC* 2005;30(2):69-75.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Título VIII. Da Ordem Social; capítulo II, seção I, art. 194 da Constituição Federal de 1988. Brasília, 1988.

11. Almond P. An analysis of the concept of equity and its application to health visiting. *J. of Adv. Nursing* 2002;37(6):598-606.
12. Daniels N. *Just Health: meeting health needs fairly*. New York: Cambridge University Press; 2008.
13. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. *O mundo da Saúde* 1995;26(1):6-15.
14. Rawls J. *Uma teoria da justiça*. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
15. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J. Epidemiol. Community Health* 2003;57(4):254-8
16. Neves MCP. Alocação de recursos em saúde: considerações éticas. *Bioética* 1999;7(2):155-63.
17. Santos WG. A trágica condição da política social. In: Abranches SH, Santos WG, Coimbra MA, organizadores. *Política social e combate à pobreza*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. p. 33-64.
18. Cohn A, Elias PEM. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. *C. Saúde Públ.* 2002;18(suplemento):173-80.
19. Fortes PAC. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Loyola; 2003. p. 35-47.
20. Lucchese PTR. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ci. Saúde Col.* 2003;8(2):439-48.
21. Elias PE. A utilização da noção de equidade na alocação de recursos em tempos de pensamento (neo) liberal: anotações para o debate. *Ci. Saúde Col.* 2005;10(2):289-92.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Extraído de [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006_anexo1.pdf], acesso em [20 de agosto de 2008].
23. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *C. Saúde Públ.* 2002;18(suplemento):203-11.
24. Whitehead M. *The concept and principles of equity and health*. Washington DC: Pan American Health Organization; 1991.

25. Sen A. Desigualdade reexaminada. Rio de Janeiro: Record; 2001.
26. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Marcos conceituais da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil. Extraído de [<http://www.abrasco.org.br/GTs/GT%20Promocao/Reuniao%20Pro%20GT%20PS%20DLIS%20Sao%20Paulo/Anexo%20%20-%20Politica%20Nacional%20de%20Promocao%20da%20Saude.pdf>], acesso em [25 de agosto de 2008].
27. Rawls J. Justiça como equidade: uma reformulação. São Paulo: Martins Fontes; 2003.

Recebido em 1.6.2009 e aprovado em 18.3.2010.