GABRIELA FERREIRA GRANJA

**EQUIDADE NO SUS:
UMA ABORDAGEM DA TEORIA FUNDAMENTADA**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Àrea de Concentração: Enfermagem
em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra Elma Zoboli

**SÃO PAULO
2008**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: _____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Granja, Gabriela Ferreira

Equidade no SUS: Uma Abordagem da Teoria Fundamentada./
Gabriela Ferreira Granja.- São Paulo, 2008. 102p.

Dissertação - Mestrado

Orientadora: Profa. Dra. Elma Zoboli

1. Enfermagem (Estudo e ensino) 2. Professores (Enfermagem)

I. Título

Nome: Gabriela Ferreira Granja

Título: Equidade no SUS: Uma Abordagem da Teoria Fundamentada

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Aos meus queridos pais, Pedro e Adenir,

Agradeço a Deus pela dedicação que sempre tiveram com a nossa família.

Com vocês aprendi as coisas mais belas da vida:

o amor e o respeito ao próximo.

Essa conquista é nossa!!!

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo seu imenso amor, pela sua luz nos momentos difíceis e por todas as coisas maravilhosas que tive o privilégio de conquistar.

Ao meu marido Tin, meu amor e companheiro, pelo carinho diário, pela ajuda de sempre e por estimular e permitir que este sonho se realizasse.

Aos meus irmãos Alexandra, Pedro e Adriana, e ao meu amado sobrinho Raul, pelos conselhos e sorrisos ao longo dessa trajetória. Vocês são alegria na minha vida.

À Profa. Dra. Elma Zoboli, pelas oportunidades de crescimento profissional e pessoal e pela coragem de dizer aquilo que precisava ser dito. Obrigada por tudo que construímos e aprendemos juntas! Foi uma experiência muito importante na minha vida e a guardo em meu coração.

À Profa. Dra. Lislaine Fracolli, todo meu carinho, admiração e respeito. Obrigada por dividir seu conhecimento e sua experiência, pelas considerações no exame de qualificação, e por acreditar sempre no meu potencial.

Ao Prof. Dr. Paulo Antônio de Carvalho Fortes, pelas contribuições na disciplina de Ética em Saúde Pública, pela rica produção científica a respeito da justiça social em Saúde e pelas considerações valiosas no exame de qualificação.

Aos meus queridos amigos da pós-graduação Fernanda Cenci, Tatiane Moreira e Diego Araújo, juntos nós pudemos dividir momentos inesquecíveis. Obrigada pelo apoio, pelo abraço amigo e pelas palavras de carinho. Espero continuar essa caminhada com vocês!

Aos amigos do “Observatório de Bioética”, Luana, Diego, Elton, Natália, Fátima, Dani, Aline, Janina, Virgínia e Fátima Soares, pelas contribuições científicas e pelos momentos “em família”.

Às professoras e amigas Maria Fernanda Baeta, Regina Ermel e Dra. Maria Lúcia Machado pelas contribuições no Projeto Semântica.

A todos os integrantes do Grupo de Pesquisa Modelos Tecno-assistenciais e a Promoção da Saúde, em especial a Profa. Dra. Anna Chiesa, pelo aprendizado a respeito da pesquisa científica e do trabalho em grupo.

A todas as docentes e técnicas do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP, pelo respeito, pela oportunidade de fazer parte de um grupo tão especial e pelos inúmeros momentos de aprendizado. Minha eterna gratidão.

À Terezinha, secretária do departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, pelo seu carinho e prontidão. Seus “cafezinhos” e seu sorriso foram fundamentais na elaboração deste trabalho.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro na execução desta etapa profissional

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da EEUSP, em especial a Profa. Dra. Renata Takahashi e a Profa. Dra. Maria Rita Bertolozzi pela concessão da bolsa de mestrado e confiança no meu trabalho.

Ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília, em especial à Profa. Maria Cecília Cordeiro Dellatorre, minha eterna madrinha, por transmitir seus valores e conhecimentos acerca da Saúde Pública no Brasil.

E por fim, e não menos importante, eu agradeço à minha querida cachorrinha Sushi, minha grande companheira nessa caminhada.

“Amarás o Senhor, teu Deus, de todo o teu coração, com toda a tua alma, com todo teu entendimento e com toda a tua força.

Amarás teu próximo como a ti mesmo”

(Mc 12, 28-31)

Granja, GF. Equidade no SUS: Uma Abordagem da Teoria Fundamentada [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

A equidade é um dos pilares do Sistema Único de Saúde, entretanto, seu conceito é polissêmico e assume diversas interpretações, determinadas pela construção histórica, política e social do Brasil. O objetivo da pesquisa foi propor uma teoria de médio alcance para equidade no SUS, a partir dos sentidos e da percepção da operacionalização deste princípio. Na metodologia, utilizou-se a abordagem qualitativa, através da Teoria Fundamentada em Dados proposta por Streubert e Carpenter (1999). Na análise das entrevistas, junto a usuários, profissionais e gestores do SUS, através do Discurso do Sujeito Coletivo proposto por Lefèvre e cols (2000) foram encontradas três categorias centrais a respeito do conceito de equidade: tratar todos igualmente; tratar os desiguais de forma desigual, segundo o critério clínico e tratar os desiguais de forma desigual, segundo critério epidemiológico. A análise da literatura científica de Saúde Coletiva e Bioética demonstrou que os especialistas a respeito da equidade descrevem em suas produções os mesmos sentidos encontrados nas entrevistas com os atores do SUS. Na busca de compreender as bases políticas e ideológicas desses discursos foi realizada a análise de documentos oficiais da Política Pública de Saúde do Brasil. Ficou demonstrada uma estreita relação entre as concepções de equidade e a Promoção da Saúde. Na integração dos resultados das entrevistas, da literatura e dos documentos emergiram quatro variáveis principais para equidade: justiça social, igualdade, acesso universal e priorização dos que mais precisam para redução das iniquidades. Estas variáveis representam critérios que devem ser respeitados pelos gestores na efetivação da equidade e do direito à saúde e podem contribuir para que os profissionais e pesquisadores construam coletivamente uma equidade justa para todos os brasileiros no SUS.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde, Equidade em saúde, Alocação de Recursos em Saúde, Justiça Social; Bioética, Saúde Coletiva

Granja, GF. Equity in the SUS: Theory Based on Data [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

ABSTRACT

The equity is one of the pillars of the National Health System, however, the concept is polysemic and assume many interpretations, determined by historical ,political, and social construction in Brazil. The objective of the research was to propose a theory of medium range for equity in the SUS, from the senses and perception of the operationalization of this principle. In the methodology, was utilized the qualitative approach, through the Theory Based on Data proposed by STREUBERT and Carpenter (1999). In the interviews' analysis , along with users, professionals and managers of SUS, through the Collective Subject's Discourse proposed by Lefèvre and cols (2000) were three central categories with respect to the concept of equity: treat all equally, to address the unequal way unequal, according to clinical criteria and process for the unequal unequally, according epidemiological criteria. The analysis of the scientific literature of Public Health and Bioethics showed that the experts about equity describe their products in the same way found in interviews with actors of SUS. In the quest to understand the political and ideological discourse principal's was done the official policy's analysis of Public Health of Brazil. It was demonstrated a close relationship between the concepts of equity and Promotion of Health .In integrating the results of the interviews, literature and documents emerged four variables key to equity: social justice, equality, universal access and prioritization of those who most need to reduce inequities. These variables represent the criteria that must be respected by managers in the realization of equity and the right to health and may contribute to the professionals and researchers collectively build an equity fair to all Brazilians in the SUS.

Keywords: Health Public Policy, Equity in Health, Resource Allocation in Health, Social Justice; Bioethics, Public Health

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1. INTRODUÇÃO	13
1.1. A CONSTITUIÇÃO DE UM SISTEMA UNIVERSAL E SOLIDÁRIO PARA O BRASILEIRO: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	13
1.2. O DESAFIO DA EQUIDADE FRENTE À UNIVERSALIZAÇÃO DO SUS	19
1.3. POLÍTICAS DE SAÚDE: ESTADO, SOCIEDADE E MERCADO	23
2. OBJETIVOS.....	28
2.1. OBJETIVO GERAL	28
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
3. METODOLOGIA.....	29
3.1. TIPO DE ESTUDO	29
3.2. TEORIA FUNDAMENTADA	29
4. RESULTADOS.....	36
4.1. CODIFICAÇÃO DOS DISCURSOS DE GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DO SUS	37
4.1.1. <i>Caracterização dos Entrevistados</i>	37
4.1.2. <i>Caracterização dos municípios</i>	40
4.1.3. <i>Coleta e organização dos dados das entrevistas</i>	42
4.1.4. <i>Os sentidos de equidade entre gestores, usuários e trabalhadores do SUS</i>	46
4.1.5. <i>As percepções dos entrevistados quanto à operacionalização da equidade nos sistemas municipais de saúde</i>	50
4.2. REVISÃO SELETIVA DA LITERATURA	55
4.2.1. <i>A equidade na literatura científica de Saúde Coletiva e Bioética</i>	55
4.2.2. <i>A equidade para o SUS na Literatura Científica Latino-americana</i>	58
4.2.3. <i>Discussão da Literatura Conceitual para a equidade na Saúde</i>	63
4.3. REVISÃO DOS DOCUMENTOS.....	74
4.3.1. <i>Legislação Brasileira para Saúde</i>	74
4.3.2. <i>A política de Promoção da Saúde no Brasil</i>	75
5. DESENVOLVIMENTO DE UMA PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO DE CONCEITOS PARA EQUIDADE NO SUS	85
5.1. O PRINCÍPIO ÉTICO DA JUSTIÇA DISTRIBUTIVA	87
5.2. ALOCAÇÃO DE RECURSOS NA SAÚDE	88
5.3. CIDADANIA E DIREITOS	90
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
6.1. VARIÁVEIS PARA INTEGRAÇÃO CONCEITUAL DE EQUIDADE NO SUS	96
7. REFERÊNCIAS.....	98

APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa é fruto de uma construção científica iniciada em 2006, no Curso de Especialização em Saúde Coletiva com enfoque no Programa Saúde da Família da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Nesse curso, a formulação de uma proposta de equidade para o SUS, objeto desta dissertação, começava a ser desenhada no Campo de Saúde Coletiva e da Bioética.

O estudo tornou-se, a partir daquele momento, parte integrante do Projeto Semântica e Operacionalização dos Princípios Éticos do SUS: um enfoque bioético, cujo desenvolvimento contou com o auxílio científico e financeiro do CNPq e a coordenação da Profa. Dra Elma Zoboli.

O referido projeto compõe a produção científica do grupo de pesquisa Modelos Tecnoassistenciais e a Promoção da Saúde, cadastrado no CNPq e liderado pela Profa. Dra. Anna Maria Chiesa e a Profa. Dra Lislaine Fracolli do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP.

Nesse projeto, tivemos a importante colaboração de professores e alunos de graduação e pós-graduação da EEUSP, Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), Universidade de Marília (UNIMAR) e Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), os quais foram fundamentais na execução das pesquisas de campo e nas discussões dos resultados empíricos, junto aos especialistas do Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo.

É através desta construção ampliada e integrada que, para nós, a equidade tomou a dimensão de um objeto conceitual que exigia uma abordagem mais teórica que operacional. Neste momento em que o Sistema Único de Saúde passa por uma reavaliação dos princípios e dos valores morais que o sustentam, compreender a dimensão do conceito de equidade torna-se um desafio e uma responsabilidade social e política para os pesquisadores e profissionais da Saúde no Brasil.

1. INTRODUÇÃO

1.1. A CONSTITUIÇÃO DE UM SISTEMA UNIVERSAL E SOLIDÁRIO PARA O BRASILEIRO: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Após 20 anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), apesar dos inúmeros desafios que temos a enfrentar, muito se tem a comemorar na saúde pública brasileira.

Como afirmou o sanitarista Eugênio Vilaça Mendes (2001), o SUS, resultante do Movimento Sanitário, foi responsável, nos anos de 1990, pela inclusão de 60 milhões de brasileiros como portadores legais do direito à saúde, e sem ele, apesar de todas as suas conhecidas dificuldades e imperfeições, esta grande parcela de cidadãos brasileiros ficaria dependente exclusivamente de instituições movidas pelos princípios da filantropia e da caridade.

Desde a sua emergência como ação estatal no início do século XX até o início dos anos 80, as políticas sociais brasileiras desenvolveram-se sob a combinação de um “modelo de seguro social” voltado à proteção dos grupos sócio-ocupacionais com base em uma relação de direito contratual e de um “modelo assistencial” dirigido à população sem vínculos trabalhistas (Monnerat, Senna, 2007). O SUS, que resultou do Movimento Sanitário, surgiu para corrigir estas injustiças com uma grande parcela da população brasileira.

A primeira modalidade de seguro social para os trabalhadores foi criada por iniciativa do Governo Federal em 1923, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Cada firma que tivesse mais de 50 trabalhadores deveria ter uma CAP que garantiria os benefícios (aposentadorias e pensões) e a assistência médica para os trabalhadores daquela empresa e seus dependentes (Pessini, Barchifontaine, 2003).

Em 1933, começam a ser organizados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Várias categorias profissionais montam

seus institutos, dentre as quais se destacam os marítimos, ferroviários e bancários. Os IAPs tinham como beneficiários todos os trabalhadores de uma categoria ocupacional específica, e ao colegiado gestor destes institutos agregam-se os técnicos governamentais, marcando, assim, a intervenção do Estado no campo da Previdência Social Brasileira. A importância da atividade no cenário econômico do país e a qualidade da assistência prestada ao trabalhador eram diretamente proporcionais, permanecendo as desigualdades sociais (Monnerat, Senna, 2007).

Em 1966, cria-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que unificou todos os IAPs e passou a responder pelos benefícios e assistência médica a todos os trabalhadores e seus dependentes (Pessini, Barchifontaine, 2003).

Na década de 70, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social e instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), o qual era composto por vários órgãos, entre os quais vale destacar o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), que cuidava das aposentadorias e pensões e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que respondia pela assistência médica ao trabalhador com carteira assinada e seus dependentes. (Pessini, Barchifontaine, 2003). Verifica-se, desta forma, uma tendência à progressiva ampliação da cobertura, ficando de fora somente os trabalhadores do mercado informal de trabalho (Oliveira, Fleury, 1986 citados por Monnerat, Senna, 2007).

O acesso à saúde permanecia restrito aos trabalhadores da cidade com carteira assinada. E a assistência aos demais cidadãos brasileiros? Ficariam dependentes da caridade? A resposta da sociedade a essas questões foi contrária a esta situação e, aos poucos, surgiu um movimento de resistência a esse modo dos fatos se organizarem na saúde: parlamentares, lideranças, políticos, sindicalistas e populares foram se somando aos grupos que já discutiam as formas de melhorar a saúde do povo brasileiro. É o chamado Movimento pela Reforma Sanitária, que vinha no contexto da luta pela democratização da sociedade. Este movimento conseguiu assegurar na Constituição o que

pensava ser um sistema de saúde justo, um sistema em que todos, sem exceção, fossem beneficiados por todas as ações de saúde.

O Partido Sanitário, como ficou conhecido o grupo que se reuniu em torno dessa proposta, havia sido criado num período em que havia apenas dois partidos políticos no Brasil: a Aliança Renovadora Nacional (ARENA), defensora da ditadura militar, e o movimento democrático brasileiro (MDB) que congregava um amplo leque de forças progressivas e de esquerda. Aproximando-se desse segundo grupo, o Partido Sanitário recebeu sustentação teórica dos recém-criados Centros Brasileiros de Estudos de Saúde (Cebes) e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), espaços que serviram para aprofundar as discussões e divulgar as pesquisas que, cada vez mais, passavam a ser feitas nos departamentos de medicina preventiva e nos cursos descentralizados de saúde oferecidos pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) com uma concepção ampliada de saúde (Braga, 2007).

Segundo relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, que estabeleceu os princípios e as diretrizes da Reforma Sanitária, a saúde passa nesse período a ser definida como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação e renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde; é assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Essa noção de saúde é definida no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (Brasil, 1986).

Promover saúde significa intervir socialmente na garantia dos direitos e nas estruturas econômicas que perpetuam as desigualdades na distribuição de bens e serviços. As políticas de saúde vêm no sentido de implementar estratégias governamentais que visam a corrigir os desequilíbrios sociais e propiciar a redução das desigualdades sociais (Pessini, Barchifontaine, 2003).

Nesse período, inicia-se a reflexão sobre o estabelecimento de prioridades e mesmo da possibilidade de racionamento de cuidados de saúde nos diversos tipos de sistemas públicos de saúde contemporâneos, os quais têm utilizado medidas, técnicas e instrumentos racionalizadores dos recursos e dos custos cada vez mais crescentes. Este cenário se deve, fundamentalmente, a uma série variada de fatores, dentre outros a urbanização crescente, o incremento das doenças crônico-degenerativas, o envelhecimento populacional, as novas concepções sobre o processo saúde-doença, a medicalização da sociedade, a universalização dos cuidados de saúde, as mudanças de costumes e a crescente incorporação tecnológica (Fortes, 2008).

Em setembro de 1986, a Abrasco realizou o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, discutindo, de forma sistematizada, a importância de inscrever uma proposta ampliada de saúde na Constituinte. Tal proposta relacionava-se aos seus determinantes e condicionantes, bem como ao direito universal e igualitário à saúde, ao dever do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde, à organização do Sistema Único de Saúde- SUS- universal e gratuito, à garantia da participação do conjunto da população na sua consolidação através da descentralização e do controle social e à subordinação do setor privado às normas do SUS, bem como à política de recursos humanos e de insumos à política de saúde (Rodrigues Neto, 2003 citado por Braga, 2007).

O Ministério da Saúde (MS) e o já extinto Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) cederam as pressões, especialmente da Abrasco, para a convocação de uma Comissão Nacional para a Reforma Sanitária. Esta comissão preparou então um documento a ser levado para a Assembleia Nacional Constituinte, propondo a criação de um sistema de seguridade social que incluísse a saúde, a assistência e a previdência em uma mesma lógica, de acordo com o modelo de bem-estar social em que se inspirava (Teixeira, 1998 citado por Braga, 2007).

O processo constituinte conformou-se num espaço democrático de negociação constante, desenvolvido ao longo das suas diversas etapas, em que um núcleo de congressistas progressistas desempenhou papel relevante, apoiado por intelectuais do Movimento de Reforma Sanitária. O

texto final incorporou as grandes demandas do Movimento Sanitário: a saúde entendida amplamente como resultados de políticas econômicas e sociais; a saúde como direito de todos e dever do Estado; relevância pública das ações e serviços de saúde; e a criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios de descentralização do atendimento integral e da participação da comunidade.

Assim, sob este intenso Movimento de Reforma Sanitária, nasceu o Sistema Único de Saúde no Brasil, como parte integrante da proposta de seguridade social. Fortes e Zoboli (2005) definem reforma sanitária, segundo as OPAS (1997), como “um processo orientado a introduzir mudanças substantivas nas diversas instâncias e funções do setor, com o propósito de aumentar a equidade na prestação de serviços, a eficiência na gestão e a efetividade de suas ações para obter a satisfação das necessidades de saúde da população”.

O SUS tem como pilares básicos a universalidade no acesso aos serviços, a igualdade no atendimento e a equidade na distribuição dos recursos. A sua organização pauta-se pelas diretrizes da descentralização e hierarquização com direção única em cada esfera do governo (federal, estadual e municipal); do atendimento integral que compatibiliza as atividades preventivas e assistenciais e do controle exercido pela sociedade através da participação da comunidade nas conferências e nos conselhos de saúde. Correspondente à constitucionalização das principais bandeiras do Movimento pela Reforma Sanitária, mobilizaram-se diversos segmentos da sociedade que arriscavam denunciar o descalabro do sistema de saúde, defendia o fortalecimento do setor público nesta área como um direito de cidadania (Cohn, 1999).

No que diz respeito à saúde, o Brasil teve forte influência do Sistema Nacional de Saúde inglês, criado em 1946, nos mesmos moldes da proposta de seguridade social, de caráter universal e baseado na noção de direito social aos cuidados de saúde (Fortes, Zoboli, 2005).

Frente a esse quadro, a concepção de seguridade social como forma mais abrangente de proteção social, inscrita na Constituição de 1988, buscou romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal de trabalho e afrouxar os vínculos entre

contribuições e benefícios de modo a gerar mecanismos mais solidários e redistributivos (Fleury, 2006 citado por Monnerat, Senna, 2007).

A mudança ocorrida com a criação do SUS e a universalização dos serviços na saúde a todos os cidadãos brasileiros trouxe para discussão a pauta da alocação de recursos na saúde e a preocupação por parte de gestores e profissionais com a equidade.

Na Saúde, alocar recursos, sejam financeiros ou físicos de maneira mais eficiente e equitativa, é um desafio que o gestor e os profissionais enfrentam cotidianamente. Isso se aplica tanto no nível da macrogestão, quanto da microgestão da saúde. Ou dito de outra forma, tanto nas decisões para distribuição de recursos entre estados, regiões e municípios, programas e ações de saúde, quanto na opção clínica em solicitar ou não para um indivíduo a realização de determinado procedimento de diagnose ou terapia (Brasil, 2007).

As dificuldades do mundo contemporâneo em decidir eticamente sobre a distribuição de recursos escassos constituem uma das características mais marcantes de nossa época, que convive com um pluralismo moral, em que não mais são aceitos valores considerados como sendo absolutos e coexistem diferentes princípios e valores que, muitas vezes, tornam-se incompatíveis entre si, como por exemplo, o individualismo e a sociedade (Fortes, 2008).

Naturalmente, em todas as decisões de alocação ou transferência de recursos existem explicitados ou não, critérios que orientam ou, em última instância, justificam a decisão tomada. Critérios previamente estabelecidos e que sejam, além de transparentes, consistentes com o objetivo desejado para a política de saúde podem auxiliar na tomada de decisão com relação à distribuição de recursos (Brasil, 2007).

A sociedade moderna, moralmente pluralista, carece de parâmetros e critérios objetivos para definir os significados práticos do “bom”, da “vida boa”, de “justiça” e assim estabelecer os limites e as exigências éticas, e este é o desafio presente para se tomar decisões na priorização de serviços e ações de saúde (Fortes, 2000).

Berlinguer (2004), citado por Fortes e Zoboli (2005), lembra que é preciso estar alerta, pois as discussões sobre recursos em saúde têm se

restringido aos aspectos monetários, e a necessidade de identificar o que é prioritário e distribuir equitativamente os recursos tem sido substituída pela ideia do racionamento, não por meio de prioridades e inclusão universal, mas sim por exclusão seletiva.

1.2. O DESAFIO DA EQUIDADE FRENTE À UNIVERSALIZAÇÃO DO SUS

O problema entre a universalização e segmentação não existe somente no sistema de saúde brasileiro. Ao contrário, constitui uma questão central nas reformas sanitárias contemporâneas, em que se colocam dois caminhos principais para os sistemas de saúde, a universalização ou a segmentação. Essas alternativas de conformação dos sistemas de saúde, na prática social, são definidas a partir dos valores vigentes nas sociedades, dos posicionamentos político-ideológicos dos atores sociais frente à organização dos serviços de saúde e do papel do Estado na Saúde (Brasil, 2007).

Os sistemas públicos universais caracterizam-se por ofertar a todos os cidadãos, independente de diferenças de gênero, idade e renda ou risco, com financiamento público, uma carteira de serviços bastante ampla. Assim, esses serviços públicos, em geral, combinam universalização irrestrita, mediante atendimento indiferenciado a todos os cidadãos. Diversamente, os sistemas segmentados caracterizam-se por segregar diferentes clientela em nichos institucionais singulares. Disso resulta uma integração vertical de cada segmento e uma segregação horizontal entre eles em cada segmento. No Brasil, a construção social do sistema público de saúde da forma como vem sendo feita distancia o SUS real, que é segmentado, do SUS constitucional, universal. Isso acontece porque o SUS tem se estruturado para responder às demandas universais dos setores mais pobres da população e às demandas setorializadas, especialmente dos serviços de maiores custos, da população integrada economicamente (Brasil, 2007).

Por várias razões, especialmente pelas dificuldades de se criarem as bases materiais para a garantia do direito constitucional da

universalização, o SUS vem se consolidando como parte de um sistema segmentado que incorpora dois outros subsistemas relevantes, o Sistema de Saúde Suplementar e o Sistema de Desembolso Direto (Brasil, 2007).

A existência de tais subsistemas é geralmente justificada por um senso comum de que, ao se instituírem sistemas especiais para os que podem pagar, sobrariam mais recursos públicos para atendimento aos pobres, mas evidências empíricas vão em sentido contrário. A instituição exclusiva de sistemas públicos para as parcelas mais pobres da população acaba levando a um subfinanciamento desses sistemas. A razão é simples: os pobres, em geral, não conseguem se posicionar adequadamente na arena política e apresentam custos de organização muito altos; em consequência dispõem de baixa capacidade de articulação de seus interesses e vocalização política (Brasil, 2007).

Os sistemas segmentados levam, em geral, à iniquidade. O sistema segmentado dos Estados Unidos, apesar de ter o maior gasto *per capita* no mundo, exclui de seus benefícios, de forma crescente, 43 milhões de cidadãos. A segmentação dos sistemas de saúde é um fator de “desacumulação” de capital social, da capacidade de uma sociedade estabelecer, coletivamente, seus objetivos de médio e longo prazo; de promover a coesão entre as pessoas, instituições e populações em torno desses objetivos. A “desacumulação” do capital social produz impacto negativo na situação de saúde das sociedades (Brasil, 2007).

O SUS universal seria então uma utopia? Os valores de cada sociedade podem explicar porque alguns países optaram por sistemas públicos universais e outros por sistemas segmentados. Países que se organizam com base em valores mais solidários, como as sociais democracias europeias, implantaram sistemas públicos universais. Países que se estruturaram a partir de valores mais individualistas articularam sistemas segmentados (Brasil, 2007).

Esses valores influem, em certa medida, na alocação de recursos para os sistemas de saúde, especialmente na composição relativa do gasto sanitário público e privado. Os sistemas públicos universais caracterizam-se por ter uma participação relativa do Estado superior a 70% do total dos gastos com o setor Saúde. Segundo a OMS (2006)

citada em Brasil (2007) a participação relativa no Brasil é de 45%, o que não seria suficiente para desenvolver uma política de saúde universal. Portanto, as possibilidades de um SUS universal passam por dois aspectos fundamentais: o sistema de valores da sociedade sobre os quais se estruturará o desenvolvimento brasileiro e o volume e a composição do gasto em Saúde. Isso nos remete às questões centrais deste estudo, qual a equidade proposta pelo SUS? E em quais valores da sociedade brasileira ela se sustenta?

Em 2000, a Sociedade Internacional de Equidade em Saúde definiu a equidade em saúde como a ausência de diferenças, sistemática e potencialmente remediáveis, em um ou mais aspectos da Saúde, que se manifestam em populações ou grupos populacionais, definidos social, demográfica ou geograficamente (Starfield, 2006 citada pelo Brasil, 2007).

A Organização Mundial da Saúde estabeleceu, em 2006, que um dos objetivos dos sistemas de saúde é o alcance do nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa, no sentido igualitário (Brasil, 2007). No Texto Constitucional do Orçamento de Seguridade Social, do qual o SUS é parte, a equidade, como princípio, prevê a integração em um único fundo todos os recursos oriundos de distintas fontes, a serem distribuídos entre os três componentes: saúde, assistência e previdência; reforçando a ideia de um modelo mais solidário e redistributivo de custeio das políticas sociais. (Monnerat, Senna, 2007).

Apesar disso, a equidade não atinge, na Legislação Constitucional e infraconstitucional do SUS, um status jurídico singularizado. A lei 8.080/90 apenas menciona em seu art. 2º, parágrafo 1º, o dever do Estado de estabelecer acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. A lei admite a existência de fatores sociais determinantes e condicionantes da saúde, explicitando que os níveis de saúde expressam a organização econômica e social do país e inclui, como relacionadas com a saúde, todas as ações e medidas que interferem nesses fatores (Duarte, 2000).

Não obstante, a equidade tem sido interpretada, seja no discurso oficial, seja na fala dos atores sociais de relevância na arena sanitária,

como um princípio do SUS. É justo que seja assim, pois os sistemas universais devem buscar a equidade (Brasil, 2007).

Entretanto, o Ministério da Saúde, ao implementar as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991 e 1993 como uma sistemática para os repasses financeiros não preservou relação com as disposições da lei 8.080. O repasse de verbas é calculado, fundamentalmente, por meio da remuneração por serviços prestados, e não com vistas a combater as desigualdades sociais (Duarte, 2000).

Já a engenharia complexa, implementada pela NOB 96, tem o objetivo de promover equidade com qualidade e racionalidade nos gastos: a composição dos sistemas municipais e a ratificação das programações pactuadas nos Conselhos de Saúde respectivos visam à construção de redes regionais para ampliação do acesso com qualidade e menor custo. Essa dinâmica procura contribuir para que seja evitado um processo acumulativo injusto por parte de alguns municípios, com a crescente espoliação de outros (Duarte, 2000).

Apesar da saúde ter seu arcabouço legal mínimo definido desde a década de 90, suas consequências ainda não surtiram os efeitos desejados, previstos e necessários para dar conta da estruturação e do funcionamento plenos dos SUS. A descentralização concretiza-se de forma limitada e limitante, pois é tutelada pela esfera federal, operada por meio de financiamento e demarcada muito mais por seu componente racionalizador do que pelas possibilidades de democratização da instância municipal. Persistem os problemas relativos ao financiamento e o controle social ainda tenta consolidar-se abrindo caminhos no seio de uma sociedade desestimulada e desacostumada às ações de cidadania e de um Estado hostil à ideia de ter seus atos fiscalizados pela sociedade (Elias, 1999).

Na Saúde Coletiva, há duas vertentes de análise das políticas de saúde: uma que privilegia a organização dos serviços e do sistema de saúde, e outra que enfatiza o impacto das sucessivas reformulações dos sistemas de saúde e a satisfação das necessidades básicas de saúde. Neste caso, o que está no centro das preocupações dos pesquisadores e formuladores de políticas de saúde é se as reformulações e/ou reformas

dos sistemas de saúde então, levariam a um maior grau de equidade no acesso da população aos serviços de saúde. Em outras palavras, são estudos que analisam as políticas de saúde da perspectiva de uma de suas implicações básicas: sua configuração efetiva “como um direito de todos e um dever do Estado”, como reza a Constituição Brasileira de 1988 (Cohn, 2007).

Ao Estado compete, sempre, orientar suas decisões para o bem comum da sociedade, quando o objetivo da política de saúde é a promoção da equidade, o foco do estudo passa a ser o processo de tomada de decisões, ante uma série de possibilidades de escolhas alternativas, que representam, cada uma delas, ganhos e perdas para distintos grupos sociais. A grande tensão de fundo, na política, segue sendo a disputa entre interesses particulares e interesses gerais, em uma arena onde os poderes dos distintos grupos são altamente diferenciados quanto a sua capacidade de impor aos demais sua vontade, entretanto, nos tempos atuais, outra importante tensão reside na disputa tensa entre as dimensões técnica e política nos processos de tomada de decisão (Cohn, 2007).

1.3. POLÍTICAS DE SAÚDE: ESTADO, SOCIEDADE E MERCADO

Ao longo dos anos 90, o debate sobre a intervenção estatal em saúde e sua atuação em termos de equidade se amplia consideravelmente frente ao aumento das desigualdades, sobretudo no Sul do Planeta, tornando a equidade um dos principais pontos de discussão nos fóruns nacionais e internacionais (Almeida, 2002). Estas discussões buscavam dar respostas às críticas dirigidas ao sistema de saúde vigente, cujo formato deixava à margem do sistema grande parte da população brasileira: os mais pobres, os que se encontravam em condições de desvantagem social (Viana, Fausto, Lima, 2003).

Por outro lado, esta década é também caracterizada pelo fortalecimento do capitalismo como projeto societário nos países latino-americanos. No Brasil, a primeira metade da década de 1990

correspondeu ao ajuste econômico, com o início das privatizações e a redução dos gastos com as políticas sociais (Braga, 2007).

O argumento de que a burocracia estatal favorece a corrupção contribui para o descrédito das instituições políticas, e os movimentos sociais que antes reivindicavam direitos perante o Estado passam a considerar mais eficaz a substituição das políticas estatais por políticas de apoio a ações realizadas diretamente por eles (Braga, 2007).

Outra característica desta fase do capitalismo é o desemprego estrutural no contexto do avanço tecnológico e da substituição de milhões de trabalhadores por máquinas cada vez menores e mais avançadas. Este processo gerou um esvaziamento da pauta reivindicatória dos sindicatos, já que a diminuição da posse de trabalho passou a ameaçar os trabalhadores empregados a ponto que vem fazê-los recuar na luta contra os baixos salários e a precarização dos seus contratos. Da mesma forma, as organizações estudantis foram abdicando da defesa de um modelo de educação socialista para compor, em muitos momentos, com as políticas compensatórias convenientes ao modelo neoliberal (Braga, 2007).

Monnerat e Senna (2007) lembram que os sistemas de proteção social, erigidos na Europa no pós-guerra, contam com sólida participação dos sindicatos de trabalhadores. No caso brasileiro, ao contrário, constata-se que, paradoxalmente, o processo de constituição do sistema de proteção social se desenvolve em diferentes conjunturas ditatoriais, descaracterizando-o, em certa medida, como conquista política.

A sociedade civil, representada pelos defensores da classe trabalhadora, vai sendo contagiada pela ideologia da colaboração, do “vestir a camisa”, do investimento no social, da prestação de serviços sociais, deixando o espírito contestador e reivindicatório típico dos anos 80 de lado. Essa nova forma de participação, contudo, vem se restringindo à defesa de interesses corporativos imediatos à medida que se operou um enfraquecimento da consciência coletiva dos organismos defensores do projeto democrático-popular (Braga, 2007).

Desse modo, o projeto neoliberal cumpre seus objetivos: garante uma ocupação, ainda que precária e provisória; diminui a tensão social

resultante do abismo entre as condições de vida da elite econômica e da maioria da população; ganha a adesão de muitos movimentos sociais contestadores, obtendo consenso necessário a sua hegemonia nos países periféricos, como é o caso do Brasil (Braga, 2007).

Na área da saúde, como afirma Ligia Bahia (2006) citada por Braga (2007), a abertura da economia, a integração do país nos circuitos globalizados, o primado da economia sobre a política, do qual derivam as pragmáticas fórmulas de Estado e políticas sociais mínimas, desnatura a própria essência do SUS universal. Grande parte dos gastos públicos foi cortada em nome do ajuste econômico, o que levou a precarização do sistema e a focalização de suas ações para a população sem condições de pagar um plano privado.

Embora todo sistema de proteção social envolva um pacto de solidariedade social, uma vez que envolve distribuição direta ou indireta de recursos e riquezas da sociedade entre os diferentes segmentos sociais, este pacto de solidariedade nem sempre é virtuoso: ele pode redistribuir de forma perversa os recursos, seja pelo padrão de financiamento das distintas políticas na área social, seja pelo acesso aos serviços sociais que o Estado produz ou provê para a sociedade (Cohn, 2007).

Há um relativo consenso quanto ao diagnóstico da ineficiência e da ineficácia dos gastos públicos, porém os temas da equidade na saúde e da focalização têm suscitado forte polêmica. De um lado, posições que associam a focalização à perspectiva de restrição de direitos a partir da instauração de um cardápio mínimo de ações a serem desenvolvidas pelo Estado apenas para a população mais pobre. De outro, encontram-se algumas análises que salientam a possibilidade da focalização constituir-se alternativa atraente para fazer face ao quadro de extrema pobreza e desigualdades sociais no Brasil, na medida em que estabelece prioridades de acesso dos segmentos mais vulneráveis nos programas sociais (Senna, 2002).

Nos dias atuais, a grande discussão recai sobre quais devem ser o papel e as funções do Estado, o que cabe à sociedade e o que cabe ao mercado. Este debate no geral se traduz numa equação “mais mercado e

menos Estado”, “mais Estado e menos mercado”, a depender da escolha feita (Cohn, 2007).

O novo modelo de Estado se concentra no custeio do atendimento primário da população, como vacinação e nas demandas de alta complexidade, como transplantes e cirurgia cardíaca, caras demais para gerar lucro ao setor privado. Na realidade, o SUS paga por todos esses serviços, ao passo que o setor privado de saúde, altamente lucrativo, concentra-se no atendimento às demandas de baixa e média complexidade das classes médias urbanas, como exames e consultas clínicas (Braga, 2007).

Boaventura, citado por Cohn (2007), aponta como nas sociedades modernas o paradigma capitalista de regulação social caracteriza-se pela contradição entre os princípios de emancipação (dos direitos de cidadania), que aponta para a igualdade e a integração social, e o da regulação, que aponta exatamente para a desigualdade e a subordinação/dominação. Ambos são contraditórios entre si, emergindo desta contradição exatamente a tensão necessária para que a emancipação das classes subalternas e dominadas ocorra.

Resgatar a cultura reivindicatória característica dos anos 1980 torna-se um grande desafio. É urgente a retomada da proposta original do SUS, reafirmando o conceito ampliado de saúde, não apenas como cura às doenças, mas como garantia de condições adequadas de vida universais, ou seja, ao conjunto da população e, retomando o sentido da universalidade com a rediscussão do caráter democratizante da descentralização, da participação e do controle social (Braga, 2007).

Nesse sentido, as políticas de saúde devem estar comprometidas com a justiça social. Isso porque, é por meio delas que o Estado lança mão dos instrumentos que são seu monopólio para redistribuir, segundo critérios e parâmetros negociados socialmente, as riquezas da sociedade. Na realidade capitalistas, esta sociedade é composta por grupos, segmentos e classes sociais altamente desiguais entre si. O parâmetro da justiça social definido em cada sociedade (ou, seu inverso, qual o grau de desigualdade social que se pode suportar conviver, segundo cada sociedade) está em constante processo de redefinição e envolve sempre

a disputa em torno da origem e do volume dos recursos que serão destinados a financiar a área social, e em quais tipos de serviços serão feitos aqueles investimentos, e os segmentos sociais a serem priorizados (Cohn, 2007).

Desta forma, conhecer os sentidos conferidos a equidade, reconhecida como pilar da Política Pública de Saúde, pode contribuir para o reconhecimento dos valores que a sustentam técnica e politicamente nas tomadas de decisões no SUS.

A presente pesquisa, através da Teoria Fundamentada em Dados, tem a intenção de propor uma reflexão sobre as possibilidades da equidade em saúde enquanto estratégia eticamente prudente para a solução de problemas da Saúde no Brasil com vistas à redução das iniquidades.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Propor uma teoria de médio alcance para equidade no SUS, a partir dos sentidos e da percepção da operacionalização deste princípio da Política Pública de Saúde Brasileira, junto a usuários, profissionais e gestores.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar, entre gestores, usuários e trabalhadores do SUS nos municípios de Marília, São Carlos e Santos, os sentidos conferidos à equidade definida como princípio da política pública de saúde no país.
- Identificar, junto a usuários, profissionais e gestores, a percepção da operacionalização da equidade no SUS.
- Reunir os conceitos emergentes identificados nos discursos dos entrevistados e na literatura científica acerca dos sentidos e da operacionalização da equidade no SUS.
- Identificar o sentido de equidade e as propostas de operacionalização presentes na literatura científica de saúde coletiva, ética e bioética.

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDO

Este estudo é de abordagem qualitativa, pois o fenômeno investigado situa-se no universo dos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, que não se reduzem às abordagens quantitativas. Segundo Minayo (1996) é a pesquisa qualitativa que permite incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

A mesma autora afirma que o método qualitativo permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias. É o método qualitativo que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações das pessoas acerca de como pensam, sentem, vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos (Minayo, 2007). Assim, esta pesquisa se configura como um estudo qualitativo de cunho descritivo e hermenêutico.

A abordagem de investigação qualitativa utilizada foi a Teoria Fundamentada em Dados que permitiu abarcar a riqueza e a complexidade das interações que constituem a equidade na saúde.

A pesquisa, através da Teoria Fundamentada, assume o compromisso de contribuir para que se compreenda a 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 e demandas, dos gastos e custos dos serviços, da limitação de recursos disponíveis.

3.2. TEORIA FUNDAMENTADA

A Teoria Fundamentada é uma abordagem de investigação qualitativa utilizada para explorar os processos sociais nas interações

humanas. A Teoria Fundamentada, enquanto método de investigação qualitativa, é um modo de investigação de campo. A finalidade dos estudos de campo é analisar de modo profundo, as práticas, os comportamentos, as crenças e as atitudes dos indivíduos ou grupos, tais como normalmente funcionam na vida real (Polit, Hungler, 1991 citados por Streubert, Carpenter, 1999).

Strauss e Corbin (1990), citados por Streubert e Carpenter (1999), explicam a Teoria Fundamentada como sendo aquela que é descoberta, desenvolvida e provisoriamente verificada através de coleta e análise de dados sistematizados, pertinentes a esse fenômeno. Portanto, a coleta de dados, a análise e a teoria mantêm uma relação recíproca umas com as outras. Não começa com a teoria para provar. Em vez disso, começa com uma área de estudo e o que é relevante para esta área, emerge.

Os mesmos autores afirmam que a teoria fundamentada implica “técnicas sistemáticas e processos de análise que capacitem o investigador a desenvolver uma teoria substancial que vá ao encontro de critérios de boa ciência: significância, compatibilidade entre teoria e observação, generalidade, reprodutividade, precisão, rigor e verificação” (Strauss, Corbin, 1990 citados por Streubert, Carpenter, 1999, p.112).

Através da abordagem indutiva, os investigadores, utilizando o método, criam teoria, tanto formal como substantiva. A teoria substantiva é desenvolvida para uma área de pesquisa empírica. A teoria formal é desenvolvida para uma área de pesquisa formal ou conceitual. Ambas são consideradas teorias de médio alcance, estando entre o trabalho com hipóteses e todos os tipos de grande teoria (Glaser, Strauss, 1967 citados por Streubert, Carpenter, 1999).

As teorias de médio alcance possuem uma abrangência mais estreita que as grandes teorias e relacionam-se com conceitos e aspectos limitados do mundo real (Fawcett, 1989 citado por Streubert e Carpenter, 1999). Têm sido declaradas como as mais úteis porque os investigadores podem empiricamente testá-las de modo direto (Merton, 1957 citado por Streubert, Carpenter, 1999).

Os investigadores da teoria fundamentada que iniciam uma investigação devem perguntar-se: Estive atento a este fenômeno

particular em termos de pontos de vista individuais? A investigação empírica e a literatura publicada apresentaram o que parecia simplificação de conceitos relevantes para os fenômenos em investigação? Os fenômenos foram previamente investigados? Respostas positivas a estas ou a questões semelhantes podem validar aos investigadores que a escolha do método é apropriada (Streubert, Carpenter, 1999). Isso nos pareceu verdadeiro para a equidade no SUS. Além disso, as teorias de justiça analisadas separadamente não dão conta da complexidade da realidade total que se situa a discussão da equidade em saúde.

A aplicação da teoria fundamentada implica na utilização de perguntas de investigação que sejam capazes de identificar o fenômeno a ser estudado e, mais especificamente, delimitar e clarificar o fenômeno de interesse. Os investigadores necessitam de uma pergunta ou perguntas de investigação que deem a flexibilidade e a liberdade para explorar profundamente um fenômeno. A natureza da teoria fundamentada exige que os investigadores refinem a pergunta de investigação à medida que colhem e analisam os dados. Deve-se começar com uma pergunta ampla que forneça foco e aperfeiçoar a mesma ao longo do processo de investigação.

As etapas do Processo de Investigação na Teoria Fundamentada são:

- a. Coleta de dados: a partir de entrevistas, observação, documentos ou, ainda, da combinação desses. Os dados são examinados e analisados num sistema de comparação constante até que se criem hipóteses. À medida que os investigadores desenvolvem as hipóteses, consultam a literatura à procura de teorias previamente desenvolvidas que se relacionam com as hipóteses surgidas no estudo em curso. A teoria desenvolvida, consistindo em fatores ou variáveis relacionadas, deve ser passível de ser testada. (Hutchinson, 1986; Stern, 1980; Strauss, Corbin, 1990 citados por Streubert, Carpenter, 1999)

- b. Análise dos dados: a variável principal é a finalidade da Teoria Fundamentada. A variável principal possui seis características essenciais: ocorre frequentemente nos dados; relaciona vários dados; devido a ser central, explica muita variação de todos os dados; possui aplicações para uma teoria mais geral ou formal; à medida que se torna mais detalhada, a teoria avança; permite a máxima variação e análise.
- c. Formação Conceitual: durante a elaboração de uma investigação de Teoria Fundamentada, o processo de coleta, codificação e análise ocorre simultaneamente desde o início do estudo. Os investigadores, à medida que colhem através de entrevistas, observação participante, notas de campo ou outros meios, começam a codificá-los.

A codificação ocorre em três níveis:

- a. Nível I: os investigadores examinam os dados, linha por linha e identificam os processos aí existentes, e depois escrevem palavras de códigos nas margens para facilitar a identificação. Na codificação de nível I, os códigos são designados códigos substantivos e utiliza-se frequentemente as palavras dos participantes. Os dois tipos de códigos substantivos são: os provenientes da linguagem dos entrevistados e os implícitos, que são construídos pelos investigadores de acordo com os conceitos obtidos a partir dos dados.
- b. Nível II: é a categorização, quando os investigadores codificam os dados, comparam-nos com os outros e atribuem-nos a grupos ou categorias de acordo com uma adequação óbvia. As categorias são dados codificados que parecem agrupar-se e podem resultar da condensação dos códigos do Nível I. Depois, os investigadores comparam cada categoria com todas as outras categorias com a finalidade de assegurar que sejam mutuamente exclusivas.

- c. Nível III: codificação descreve as variáveis, principais componentes dos temas centrais, que emergem dos dados. Glaser e Strauss (1967) citados por Streubert e Carpenter (1999) sugerem algumas perguntas para nortear a pesquisa: O que se passa com os dados? Qual é o foco do estudo e a relação dos dados com o estudo? Qual é o problema com que os participantes lidam? Que processos estão a ajudar os participantes a lidarem com o problema?
- d. Desenvolvimento Conceitual- a variável principal emergente de três etapas principais:
- Redução de categorias: a comparação das categorias permite ao investigador perceber como se agrupam ou como se ligam, de modo a encaixá-las em outra categoria vasta.
 - Amostra Seletiva da Literatura: ao contrário do usual, quando é prévia ao início do estudo, amostra seletiva da literatura geralmente ocorre simultaneamente ou segue-se à análise de dados. À medida que a teoria se desenvolve, os investigadores fazem a revisão de literatura para conhecerem o que há publicado sobre os conceitos emergentes. Utiliza-se a literatura existente como dados, tecendo-a numa matriz juntamente com os dados, categorias e conceitualização. Amostra seletiva de dados: os investigadores podem colher mais dados, de modo seletivo, para desenvolver hipóteses e identificar as propriedades das principais categorias. Através da amostra seletiva, ocorre a saturação das categorias.
 - Emergência da variável principal: através do processo de redução e comparação, emerge a variável principal da investigação. “O conceito de variável principal refere-se a uma categoria que aparece na maior parte da variação de comportamento e que ajuda a integrar as outras categorias que foram descobertas nos dados” (Mullen, Reynolds, 1978 citado por Streubert, Carpenter, 1999)

A seguir ao aparecimento da variável principal, os investigadores começam as etapas de modificação e integração conceitual. Através de

códigos teóricos, o quadro conceitual movimenta-se do nível descritivo para o teórico.

e. Modificação e Integração Conceitual:

- A codificação teórica: fornece direção teórica em vez de descritiva ao processo do exame dos dados. Ao mover-se de uma explicação descritiva para uma teórica, os investigadores examinam todas as variáveis que podem afetar a análise dos dados e os resultados.
- Memória: preserva as hipóteses emergentes, os esquemas analíticos, os pressentimentos e as abstrações. Os investigadores devem classificar os textos em grupos de conceitos e colocá-los em fichas de arquivos. Os investigadores colocam de lado os textos que não se adequam até escreverem outro foco do estudo. A coleção de textos selecionados é a base do relatório de investigação.

f. Produção do relatório de investigação: o relatório de investigação de uma teoria fundamentada apresenta a teoria que é substantiada pelos dados que a apoiam a partir das notas de campo. O relatório deve apresentar como esses foram adquiridos e como os conceitos foram integrados.

O quadro 1 mostra o esquema proposto de Teoria Fundamentada, proposto por Streubert e Carpenter, 1999.

QUADRO 1- Teoria Fundamentada e Ligações entre a produção, o tratamento e a Análise de Dados. Streubert e Carpenter (1999).

4. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados conforme o quadro 2, seguindo o modelo proposto da Teoria Fundamentada em dados citado anteriormente.

QUADRO 2- Adaptação do Esquema proposto por Streubert e Carpenter (1999), para a Teoria fundamentada em dados.

4.1. CODIFICAÇÃO DOS DISCURSOS DE GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DO SUS

4.1.1. Caracterização dos Entrevistados

Os sujeitos foram gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema de saúde local, em três municípios (São Carlos, Marília e Santos). O total de entrevistados somou 152 sujeitos, sendo em Marília, 51; São Carlos, 41 e Santos, 60 entrevistados. Optou-se por focar a atenção básica por compreender-se que este é o nível desenhado para o acesso do cidadão ao Sistema de Saúde e à organização do seu cuidado.

Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (Brasil, 2006a)

Com a o objetivo de reorganizar a Atenção Básica no País, a Política Nacional de Atenção Básica, propõe a Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2006a). Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que atuam as equipes de Saúde da Família;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento realizado com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias;

V - ser um espaço de construção de cidadania.

Limitou-se a inclusão dos gestores vinculados à gestão da atenção básica, nos diferentes níveis da administração municipal: central, regional e local. A escolha destes gestores foi feita de acordo com a realidade de cada município. A partir do organograma municipal para a área da saúde, foram identificados os possíveis informantes-chaves, os gestores que, no momento dos trabalhos de campo da pesquisa, ocupavam os cargos que atendiam ao critério de inclusão, ou seja, tinham vínculo com a gestão da atenção básica.

Para acessar os trabalhadores que poderiam ser incluídos como sujeitos, foram escolhidos tanto Unidades Básicas de Saúde como Unidades da Estratégia Saúde da Família, já que existiam, dentre os três municípios, estas duas estratégias para a conformação da rede de atenção básica. Visando o critério de variabilidade de uma amostra qualitativa, foram escolhidas, em cada rede e para cada tipo de unidade de saúde, a mais antiga e a mais nova, considerando o início de suas atividades nos Municípios.

As categorias profissionais dos trabalhadores incluídos como sujeitos, é claro, que variou segundo a compleição de cada equipe dos diferentes serviços incluídos nos três Municípios. Para as Unidades da Estratégia Saúde da Família, entrevistou-se ao menos uma equipe completa e para as Unidades Básicas de Saúde, não reorganizadas pela

estratégia PSF, entrevistar todos os profissionais da unidade incluída. Em ambas, o gestor local, responsável pela gerência da unidade, foi incluído.

Para os usuários, optou-se por incluir os que fossem ativos na participação popular. Assim, foram escolhidos os sujeitos dentre membros do Conselho Municipal de Saúde e do Conselho Gestor, quando existentes nas unidades incluídas na amostra. Além desses, para a variabilidade da amostra, também se incluiu ao menos um usuário que utilizasse regularmente a unidade de saúde, mas que não fosse do Conselho.

Os cargos ocupados pelos gestores entrevistados estão distribuídos segundo o município de origem:

- Marília- (01) Secretário de Saúde e (02) Coordenadores da Atenção Básica
- São Carlos- (01) Secretário de Saúde; (01) Coordenadora da Atenção Básica; (01) Assessor do Secretário; (01) Coordenadora de Regional
- Santos- (01) Secretário da Saúde; (01) Coordenador da Atenção Básica; (01) Assessor do Secretário; (01) Coordenadora do Programa de Saúde da Família

A distribuição dos sujeitos entrevistados encontra-se no gráfico 1.

Gráfico 1- Percentual de entrevistados distribuído segundo a categoria profissional. Marília, São Carlos e Santos, 2007.

Outro critério decisivo para inclusão foi o consentimento livre e esclarecido de cada um dos selecionados.

4.1.2. Caracterização dos municípios

Fizeram parte do estudo, realizado de março a julho de 2007, os municípios de Marília, São Carlos e Santos. Localizados no Estado de São Paulo, têm mais de 150.000 habitantes, e diferentes Índices de Desenvolvimento Humano do Estado de São Paulo (IPRS), segundo a Fundação SEADE, e estão em gestão plena do SUS.

O município de Marília situa-se na região Centro Oeste do Estado de São Paulo. Possui uma área total de 1.194 Km² de extensão territorial, sendo sua maior parte constituída de área rural, com aproximadamente 200 mil habitantes no total. Sua altitude de 650m e sua topografia caracterizam uma região montanhosa.

A economia deste município está centrada no setor industrial e de serviços. Marília destaca-se na produção de alimentos (17% da produção nacional) e abriga empresas de grande porte, dos mais variados ramos, como: metalúrgica, gráfica, plásticos, construção civil, etc. O setor de serviços tem crescido com o aumento do número de oficinas de consertos de automóveis, caminhões, motos, rádios, televisão, relógios, joias e brinquedos.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) constituem em cada área de abrangência a porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde, ficando estas unidades responsáveis pela identificação de riscos, agravos e problemas de saúde mais relevantes, assim como planejar e executar ações mais adequadas para o seu enfrentamento. Fica sob responsabilidade das unidades a articulação dos diversos equipamentos sociais, tais como: escolas, creches, asilos, sociedades de amigos do bairro, ambientes de trabalho entre outras.

A Rede de Unidades de Saúde do Município de Marília na época do estudo era constituída por: 28 Unidades de Saúde da Família (em torno de 40% de cobertura); 13 Unidades Básicas de Saúde (100% PACS); 03 Serviços de Pronto Atendimento; 01 Policlínica; 01 Banco de Leite Humano; 01 Equipe do Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIID); 01 Núcleo de Saúde do Trabalhador; 01 Unidade de Prevenção e Educação em Saúde; 01 Núcleo de Vigilância a Saúde; 01 Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS I); 01 Unidade Central de Assistência Farmacêutica (UCAF).

São Carlos, localizado no centro geográfico do Estado de São Paulo, possui uma área total de 1.132Km² de extensão territorial, sendo sua maior parte constituída por área rural e uma população de 218.000 habitantes no total. Sua altitude média de 856m descreve uma área montanhosa de clima úmido.

O vigor acadêmico, tecnológico e industrial confere à cidade o título de capital da tecnologia. A Universidade de São Paulo (USP), com dois campi na cidade, e a Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR) oferecem ensino gratuito e de qualidade, e contribuem muito para o desenvolvimento científico e profissional da região.

Reforçando o caráter de pólo de desenvolvimento tecnológico, a cidade conta com o Centro de Pesquisa de Pecuária do Sudeste e o Centro Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento de Instrumentação Agropecuária, produzindo tecnologia de ponta para melhoramento genético bovino e de desenvolvimento de equipamentos agropecuários.

A atividade industrial é marcada pela presença de grandes indústrias, além de empresas têxteis, de embalagens, de máquinas, tintas, lavadoras, equipamentos ópticos e uma grande variedade de indústrias de médio e pequeno porte. O comércio atende às necessidades da cidade e da região. E o setor agropecuário é importante na produção de leite, cana, laranja, frango, carne bovina e milho.

A Secretaria Municipal de Saúde desenvolve e executa a política de saúde do Município, coordenando as atividades de assistência médica local. Atua no controle de moléstias transmissíveis e de zoonoses, através da Vigilância Epidemiológica e normatiza as ações de Vigilância Sanitária.

Compõem o Sistema Municipal: 11 Unidades de Saúde da Família (USF); 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA); 07 Unidades Especializadas (CAPS, Programa de Atendimento Domiciliar, Farmácia Popular); 03 Hospitais.

Santos está situado no litoral Sul do Estado de São Paulo. Possui área total de 280Km² e população fixa estimada em 418.000 habitantes, em sua maior parte concentrada em área urbana.

A economia do Município está fortemente atrelada a exportações e importações de mercadorias através do Porto de Santos, o maior da América Latina, sendo que as exportações de açúcar e soja são responsáveis pela maior parte das movimentações. Além do transporte de mercadorias, o turismo também é uma atividade econômica de destaque no Município, explorando as riquezas históricas e ambientais de uma das cidades litorâneas mais antigas do Brasil.

A Secretaria Municipal de Saúde de Santos possui 05 Departamentos: Atendimento Pré-Hospitalar e Hospitalar; Atenção Básica; Atenção Especializada; Vigilância, Programas de Saúde e Formação Continuada e Administrativo, Financeiro e de Infra-Estrutura.

O Município desenvolve, na área da saúde, todos os Programas preconizados pelo Ministério da Saúde: Hiperdia; Pré-Natal; Recém nascido de Risco; Programa Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários, entre outros. O atendimento de saúde aos usuários é oferecido através de seus serviços nas 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS) entre elas as Unidades de Saúde da Família, três Prontos-Socorros e quatro Hospitais.

A Secretaria de Saúde de Santos desenvolve parcerias com as universidades públicas e privadas locais com o objetivo de desenvolver interação entre os serviços e a academia, mas, principalmente, proporcionar à população qualidade de vida.

4.1.3. Coleta e organização dos dados das entrevistas

Foi realizado um teste piloto em cada Município e se observou que o instrumento deveria ser diferenciado em um instrumento para os profissionais de nível universitário e outro para os profissionais de nível médio e usuários dos serviços de saúde. Como mostrado a seguir:

Para os gestores e profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem):

- Fale-me sobre atenção integral à saúde.
- Como você vê isso na sua prática?
- Com base em tudo que você falou, o que seria integralidade para você?
- Fale-me sobre equidade na atenção à saúde.
- Como você vê isso na sua prática?
- Com base em tudo que você falou, o que seria equidade para você?

Para os usuários e agentes comunitários de saúde:

- Conte-me como é o atendimento na unidade
- Você diria que isso é um atendimento integral ou não? Por quê?
- Um dos princípios do SUS é a equidade. O que você entende por isto?
- Se responder a pergunta anterior fazer esta questão – o que você contou de como é o atendimento na unidade, você acha que atende ao que você falou de equidade?

Ambos os instrumentos tinham a mesma finalidade e exploraram os mesmos temas. A diferença foi na linguagem utilizada nas perguntas norteadoras em cada um, que foi adequada ao padrão de compreensão de cada grupo.

Todos os depoimentos coletados foram gravados, em meio digital, e transcritos. Os dados coletados nas entrevistas foram organizados por meio do Software QualiquantiSoft do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), conforme ensinamentos de Lefèvre e cols. (2000) com vistas a identificar os sentidos conferidos e a semântica para o termo equidade, reconhecido como pilar da Política Pública de Saúde no SUS.

O DSC constitui uma técnica de organização de dados discursivos em pesquisa qualitativa que permite resgatar o estoque de representações que se tem sobre um determinado tema em um dado universo. A matéria prima a ser trabalhada pelo DSC é o pensar, expresso de forma discursiva, de um conjunto de sujeitos sobre certo assunto. Os discursos são submetidos a uma análise de conteúdo que se inicia com a decomposição desses nas principais ancoragens ou ideias centrais presentes em cada um individualmente e em todos reunidos, seguindo-se a uma síntese que visa à reconstituição discursiva da representação social (Lefèvre e cols, 2000; Lefèvre, 2000; Lefèvre, Lefèvre, 2005).

Na presente pesquisa, a análise do discurso visou à decomposição das ideias centrais. Assim, após a transcrição das entrevistas, os depoimentos dos sujeitos entrevistados foram organizados com a utilização das figuras metodológicas constitutivas da proposta do DSC: expressão chave, ideia central e discurso do sujeito coletivo.

Expressão chave é a transcrição literal de trechos ou segmentos, contínuos ou descontínuos, do discurso que permitem o resgate do essencial do conteúdo discursivo. Este momento da análise é crucial, pois a comparação das expressões-chave selecionadas com a integralidade do discurso e com as ideias centrais permite ao leitor julgar a pertinência da tradução dos depoimentos feita pelo pesquisador, o que imprime às expressões-chave o caráter de uma espécie de “prova discursivo-empírica” da veracidade da análise de conteúdo realizada (Lefèvre e cols, 2000; Lefèvre, 2000; Lefèvre, Lefèvre, 2005).

Ideia central é um nome ou expressão linguística que traduz o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos. Revela e descreve o sentido e o tema de cada um dos depoimentos analisados, constituindo a síntese de um discurso ou de um grupo de discursos homogêneos (Lefèvre e cols, 2000; Lefèvre, 2000).

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é reunião em um discurso-síntese das expressões-chaves que manifestam a mesma ideia central. Na Representação Social apresentada através do DSC, os indivíduos da coletividade geradora da representação “deixam de ser indivíduos para se

transmutarem, dissolverem-se e se incorporarem num ou em vários discursos coletivos que os expressam e à dita representação” (Lefèvre e cols, 2000; p. 29).

A coletividade representada no DSC configura uma “coletividade discursiva”, pois o discurso elaborado corresponde a uma agregação discursiva que não “reúne partes iguais, mas pedaços de diferentes discursos que, pelo que se julga ser sua intercompatibilidade, permitem, como se fossem ingredientes agregáveis, compor um único ‘bolo discursivo’” (Lefèvre e cols, 2000, p. 30). Desta forma, seu conteúdo é composto pelo que é falado por um sujeito individual e pelo que seu “companheiro de coletividade” atualiza por ele, uma vez que, segundo seu pressuposto sociológico, o DSC constitui a expressão simbólica do campo ao qual os dois pertencem e da posição que nele ocupam. Os passos até a síntese nos DSC, segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), incluíram:

- 1º) Ler algumas vezes o conjunto dos depoimentos coletados nas entrevistas;
- 2º) Ler a resposta a cada pergunta em particular, marcando as expressões-chaves selecionadas;
- 3º) Identificar as ideias centrais de cada resposta;
- 4º) analisar todas as expressões-chaves e ideias centrais, agrupando as semelhantes em conjuntos homogêneos;
- 5º) Identificar e nomear a ideia central do conjunto homogêneo, que será uma síntese das ideias centrais de cada discurso;
- 6º) Construir os DSC de cada quadro obtido na etapa anterior;
- 7º) atribuir um nome ou identificação para cada um dos DSC.

Para construir um DSC faz-se necessário “discursivar”, isto é, ordenar com sequência as expressões chaves, de forma que os discursos tenham começo, meio e fim ou caminhem do geral para o particular. A ligação entre as partes dos discursos ou parágrafos foi feita pela introdução de conectivos, como logo, assim, então, enfim, etc. e pela mescla e intercalação das expressões-chaves identificadas nos discursos de cada entrevistado. Nesta fase, buscou-se evitar a repetição de ideias, a não ser que retratassem modos, expressões ou palavras distintas ainda que semelhantes. As expressões particulares de sexo, idade, eventos e

as ligadas às peculiaridades de cada cidade estudada foram eliminadas, num processo chamado de “desparticularização”.

Como havia sido utilizadas mais de uma pergunta para investigar o que desejávamos explorar, concepções de equidade, nesta fase de organização dos dados, foram agregadas as diversas perguntas equivalentes em uma única para cada concepção, de forma que os DSC montados respondessem, principalmente: “O que é equidade?”

Para maior fidedignidade e confiabilidade dos resultados qualitativos, a análise dos discursos dos entrevistados foi feita, de maneira independente, por dois grupos de pesquisadores e depois conjuntamente. No confronto, as discordâncias foram discutidas com vistas ao consenso, depois disso, os resultados foram discutidos com os propositores do método DSC, que já haviam capacitado a equipe para o uso do software.

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 foi submetido aos Comitês de ética das Prefeituras Municipais.

4.1.4. Os sentidos de equidade entre gestores, usuários e trabalhadores do SUS

Em relação à questão norteadora: “**O que é equidade?**”, encontramos, nos discursos dos atores dos três municípios, duas ideias centrais, como mostramos no quadro abaixo:

QUADRO 3- Categorias e subcategorias para o conceito de equidade encontradas nos discursos dos gestores, profissionais e usuários. Marília, São Carlos e Santos, 2007.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
EQA) Tratar todos igualmente	
EQB) Tratar os desiguais de forma desigual priorizando os mais necessitados	EQB1) Olhar Clínico EQB2) Olhar Epidemiológico

A segunda categoria foi desdobrada em duas subcategorias para melhor retratar os critérios identificados nos discursos para a delimitação do que são os necessários.

- **DSC - Categoria EQA- Tratar todos igualmente**

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 sócio-econômico, 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.

Contribuíram para este discurso expressões chaves dos sujeitos EQUI 7, 12, 15, 17, 20, 25, 27, 43, 54, 57, 61, 65, 74, 76, 78, 83, 85, 87, 98, 100, 105, 109, 110, 114, 116, 117, 124, 125, 126, 127, 132, 133, 138, 143, 146 e 148.

Este DSC é mais frequente entre os médicos, os enfermeiros e os odontólogos, nessa ordem, do que entre os gestores.

Vale destacar que, quando se fala da distinção social que não deve ser feita, ela se dá também no sentido da recusa em atender quem é rico, quem tem cobertura de planos de saúde como mostram trechos de discursos de alguns entrevistados, dentre os usuários e agentes comunitários de saúde:

...um tratamento para todos indiferente se a pessoa é pobre, é rico, é negro, é branco, se paga, se é burro, se é contribuinte do INSS é igual para todos independente se tem plano de saúde ou não, se trabalha ou não (EQUI 17).

...o SUS engloba todo mundo, seja rica, seja pobre, não é porque é rico que não deve ser atendido. (EQUI 20).

...todos têm direito ao atendimento seja de que raça, de que nível social, independente de ter plano ou não (EQUI 124).

É possível perceber que ainda persistem, no imaginário coletivo, ideias da assistência à saúde como mérito segundo o trabalho e de que o sistema público é para os que não têm condições de acesso a outro tipo de atendimento. Sem dúvida, resquícios da construção histórica do nosso sistema de saúde.

A qualidade do atendimento também é especificada nos discursos:

...igualdade de atendimento para todos sem discriminação e um atendimento humanizado. (EQUI 133)

A equidade enquanto “tratar todos igualmente” parece estar vinculada à universalidade do SUS:

É o SUS universal, todo cidadão teria o direito de usar o sistema único de saúde. (EQUI 132)

- **DSC - Categoria EQB1- Tratar os desiguais de forma desigual, priorizando os mais necessitados (Olhar clínico)**

Tratar desigualmente os desiguais, pois cada um tem uma necessidade diferente. Dar um atendimento diferenciado, tratando da melhor forma possível quem está precisando mais. Tratar cada caso como um caso, por que tem problemas diferentes 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 desinteria, orientaria um soro caseiro e um acompanhamento. É um atendimento de quem precisa mais consumir mais e de quem precisa menos consumir menos, cada um na sua necessidade. Você não consegue atender todo mundo igual, porque depende das necessidades de cada um, então é, 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. Perceber a necessidade da pessoa e dar respostas conforme essa necessidade.

Este discurso foi construído a partir dos sujeitos EQUI 9, 14, 44, 60, 62, 63, 66, 68, 69, 72, 77, 78, 80, 81, 94, 101, 103, 104, 111, 113, 115, 118, 120, 121, 122, 130, 134, 147, 149, 152. Neste discurso, os sujeitos foram os agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos e odontólogos, nesta ordem.

Este DSC centra-se em critérios biológicos e da gravidade do quadro clínico apresentado pela pessoa que busca atendimento na Unidade de Saúde, por isso, o especificamos como “olhar clínico”. Reconhece que há necessidades diferentes, e o critério para priorização toma por base uma perspectiva mais individual e biológica.

- **DSC Categoria EQB2-Tratar os desiguais de forma desigual, priorizando os mais necessitados (Olhar epidemiológico).**

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, atender primeiro quem está necessitando mais, 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.

Os sujeitos EQUI 8, 13, 30, 36, 50, 51, 58, 88, 93, 96, 139, 151 tiveram suas falas compondo este DSC.

Para a construção deste DSC, houve principalmente a contribuição de trechos dos discursos de gestores e a participação dos enfermeiros e médicos não foi tão expressiva quanto no DSC do “olhar clínico”.

Este DSC foi especificado como “olhar epidemiológico” porque toma como critério, para definição das prioridades no atendimento das

diferentes necessidades, uma perspectiva mais coletiva, epidemiológica, falando em grupos populacionais e considerando determinantes e condicionantes sociais da saúde e doença, como moradia, educação, lazer, etc.

Também se percebe que o atendimento que pode dar conta destas necessidades diferenciadas não se resume às consultas médicas e usa, nas outras formas de atenção disponíveis na Unidade de Saúde, o mesmo critério de priorização:

...fazendo uma visita com mais frequência naquela família que mais precisa, dar uma atenção efetiva a todos, mas zelando por aqueles que precisam de mais, mais informação, mais ajuda, mais orientação (EQUI 8)

É importante destacar que 31 dos entrevistados disseram claramente não saberem o que é equidade, quando questionados sobre o entendimento do conceito.

4.1.5. As percepções dos entrevistados quanto à operacionalização da equidade nos sistemas municipais de saúde

Buscou-se nos discursos dos atores entrevistados como percebiam a operacionalização do princípio da equidade, respeitadas as concepções identificadas. Isto é, dentre os que consideraram equidade como trato igual e os que a consideraram como tratamento diferenciado segundo as necessidades, verificamos como percebiam a concretização disso na prática do atendimento.

Para a construção destes discursos foram consideradas as respostas que contemplavam de maneira concreta, com exemplos e considerações da prática a seguinte questão: **Na prática, a atenção à saúde corresponde ao que você entende por equidade?**

Foram encontradas duas categorias que foram desdobradas em quatro subcategorias. Como mostra o quadro abaixo:

QUADRO 4- Categorias e subcategorias para a operacionalização da equidade encontradas nos discursos dos gestores, profissionais e usuários. Marília, São Carlos e Santos, 2007.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
EQC) Sim	EQC1) Sim, porque priorizamos quem mais precisa EQC2) Sim, porque atendemos a todos igualmente
EQD) Não	EQD1) Não, porque deveria ser igualitário EQD2) Não, porque deveria priorizar os mais necessitados de atenção à saúde

- **DSC - Categoria EQC1- Sim, porque priorizamos quem mais precisa.**

Essa questão da equidade a partir do momento que se conhece o território, as pessoas, as famílias, tem como fazer isso, atendendo as pessoas do jeito que estão precisando, tentando o máximo possível priorizar, porque tem quem precisa mais. A gente conhece a realidade e tem que analisar o que vem por trás, então as pessoas são atendidas de formas diferentes a partir de suas necessidades. As pessoas que mais necessitam do serviço público de saúde têm esse acesso mais facilitado, considerando o perfil epidemiológico das populações mais periféricas, mais carentes, dos menos incluídos socialmente.

Entretanto, para alguns, esta priorização leva em conta os limites das possibilidades e competências da unidade de saúde:

Dentro do limite da UBS, porque a gente sabe que sempre falta alguma coisa...a gente não consegue completar, mais aí, está fora do nosso alcance, que trabalha aqui dentro, melhorar isso, teria que ser alguma coisa mais lá de cima, do começo, lá do SUS mesmo. Mais vagas... Mais especialistas (EQUI 57).

- **DSC - Categoria EQC2- Sim, porque atendemos a todos igualmente.**

Funciona sem discriminação, todo mundo é tratado igual. Tem tratamento para todos sem diferença. O usuário tem o tratamento igual em todos os sentidos, porque se tenta, cada vez mais, igualar o nível de saúde.

Mesmo entendendo que o serviço cumpre com a equidade porque atende todos igualmente, transparece em alguns entrevistados, certo “incômodo” com isto quando se atende quem tem uma situação sócio-econômica privilegiada:

...atendemos todos da mesma maneira, independente de influência política, de cor, de credo... o paciente chega de carro importado na frente da unidade e vai ser atendido da mesma maneira do paciente humilde (EQUI 87)

Um dos entrevistados marca como este “incômodo” pode resultar em discriminação no trato do usuário:

...usuário que teria condições de fazer um atendimento em outro local [privado]... Os médicos e os profissionais de saúde têm que entender... Quem busca o SUS, busca porque a Constituição dá esse direito a eles, independente... De classe social... Eles tratam com diferença, eles acabam não fazendo um atendimento que eles fazem com aquele pobre... Fazem certa segregação para aquele usuário que ele percebe que teria condições de fazer um atendimento em outro local... Privado, um convênio... Quem busca o SUS, busca porque a Constituição dá esse direito a eles... (EQUI 43)

Parece que aqui acontece uma discriminação ao contrário do usual, tratando pior os afiliados do Sistema de Assistência Suplementar de maneira a forçá-los a permanecer na iniciativa privada. Não podemos esquecer que trabalhamos em municípios de pequeno porte, onde os serviços públicos e privados “concorrem” pela clientela e o profissional de saúde, provavelmente, mantém vínculos com ambos.

- **DSC - Categoria EQD1- Não, porque deveria ser igualitário.**

A gente peca porque tem que ser tudo igual. Equidade quer dizer igualdade no atendimento, igualitário para atender as necessidades. Os profissionais tratam com certa diferença, certa segregação. O que a gente vê aí é privilégio, não porque realmente tem necessidade.

Parece que a distinção por necessidade é mais aceita, mas a atitude de discriminação e privilégios seja de que tipo for, não o é. Para um país que ainda há pouco, não tinha a saúde como um direito de cidadania, isso pode ser visto, em certa medida, como um avanço na efetivação do SUS.

- **DSC - Categoria EQD2- Não, porque deveria priorizar os mais necessitados de atenção à saúde.**

Está muito longe tratar os pacientes com equidade, que é tratar desigualmente os desiguais, um tratamento necessário a cada caso. Trata-se todo mundo igual e os que necessitam mais têm que ter mais prioridade. Quem precisa mais vai ter mais e quem precisa menos terá menos, é muito difícil de ser cumprido. É um princípio de justiça que nem sempre é bem compreendido e quem realmente precisa fica à margem do sistema.

E priorizar frente às limitações dos serviços é vista como uma construção conjunta dos atores do SUS, que requer discussão ampla dos critérios para cada realidade local:

...a gente tem que favorecer os que mais precisam, numa situação que tem uma oferta limitada...estamos num processo interno no sentido de estar validando critérios para que a gente possa, sem causar nenhum prejuízo, tentar atender os que estão naquele momento com maior necessidade, frente aos recursos que você tem (EQUI 31)

Nos discursos dos gestores, percebe-se a amplitude que dão a esta tarefa de priorizar os mais necessitados na prática:

...equidade vai desde a organização da oferta dos serviços de saúde até a micropolítica do profissional com o usuário (EQUI 39)

Há quem não consiga perceber como a efetivação da equidade se dá na prática, por entendê-la como conflitante com a universalidade:

...tratar os desiguais de maneira desigual, tratando com prioridade aquele que tem mais necessidade. No meu território, existem aquelas pessoas que têm convênio de saúde e tem aquelas que são realmente SUS dependentes. Essas não vou deixar de lado. O SUS é universal, ele tem que atender todo mundo, independente de raça, sexo, condição social, mas a equidade se bate um pouquinho com a universalidade neste aspecto, pois prioriza aquele SUS dependente através do acolhimento... (EQUI 50)

Chamou atenção, também, a ocorrência da expressão “SUS dependente” que tem se tornado mais frequente na área da saúde, contrapondo-se, ao menos aparentemente, a ideia de saúde como um direito social.

Na prática, a concretização da humanização almejada quando perguntados sobre as concepções, aparece como algo difícil de ser conseguido em decorrência de falhas na formação dos profissionais e na estruturação dos serviços:

...um sistema acolhedor nem sempre é fácil, infelizmente nossa formação é muito técnica e pouco humanista, por outro lado, o serviço de saúde não criou um plano de cargos, carreiras e salários que estimulasse o profissional a se envolver de corpo e alma exclusivamente com o serviço público... (EQUI 151)

As reclamações, neste sentido, registradas por outro entrevistado denotam esta questão:

...falta mais integração dos profissionais... tratar com mais humanidade os doentes...a gente tem ...muita reclamação a esse respeito...(EQUI 124)

Mas vale ressaltar um depoimento de quem valoriza o próprio trabalho e qualifica-o como digno de oferecê-lo a sua família:

Não só como funcionária, como usuária de um sistema de saúde do bairro onde eu moro, o modelo que eu escolheria para minha família é esse daqui que eu trabalho, porque você tem essa possibilidade de fazer uma equidade sem danos a ninguém, sem proteções, etc. (EQUI 7).

Esse último discurso contou, principalmente, com a fala de agentes comunitários e usuários das unidades de saúde

4.2. REVISÃO SELETIVA DA LITERATURA

4.2.1. A equidade na literatura científica de Saúde Coletiva e Bioética

A polissemia de sentidos, encontrada para equidade e expressa nos DSC, repete-se nos resultados das buscas bibliográficas feitas, como será visto mais adiante.

Através de uma Revisão Sistemática do termo “*equidade*” na literatura de ética, bioética e saúde coletiva, através das bases de dados Lilacs, Medline, Embase e Dedalus para o período de 1980 – 2006. Os descritores utilizados foram: equidade e justiça social nos idiomas inglês e português. O critério de inclusão foi artigos que traziam o conceito de equidade numa discussão mais teórica que operacional.

Para organização dos dados utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (2004), que consiste em um conjunto de técnicas da análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Pudemos identificar, então, as unidades de registro contendo as abordagens do termo “*equidade*” e, posteriormente, isolando-se os sentidos, agrupá-las em três unidades de significação a fim de isolar os diferentes sentidos atribuídos à equidade nos textos.

Nesta busca, foram localizados treze (13) artigos que atenderam ao critério de inclusão no período estabelecido. Destes, cinco (5) eram de periódicos estrangeiros e oito (8) brasileiros. Um dos artigos, embora tenha sido publicado em periódico nacional, é de autoria estrangeira. A maioria dos artigos, dez (10) deles, foi publicada após o ano de 2002. Da década de 90, identificamos apenas três (3) artigos, sendo que, na década de 80, nenhum artigo foi encontrado dentro da discussão teórica de equidade.

Na análise dos artigos, foram identificadas três (3) categorias: “equidade como prioridade aos menos favorecidos”, “equidade como igualdade de oportunidades” e “equidade como prioridade aos mais necessitados de atenção à saúde”.

Dentre os artigos há um (1) que faz uma crítica à inexistência de uma concepção para o termo equidade explícita nos documentos oficiais do Sistema de Saúde Brasileiro. O referido artigo afirma que a etimologia da palavra equidade no aspecto semântico é bastante próxima de igualdade. Possuem o mesmo elemento formador, “*que*”, antepositivo do latim “*aequus*”, que pode significar unido, justo, imparcial ou favorável. Afirma ainda que, no estudo das Conferências Nacionais de Saúde, observou-se o aparecimento da palavra equidade de maneira geral e inespecífica, com uso de uma retórica que não avança no debate da equidade em saúde. Há uma ênfase na discussão de interesses de classe e um afastamento do papel de agentes políticos. Nota-se uma tendência de equidade ser compreendida como igualdade. Não se avança nas discussões sobre os grupos em desvantagem. (Pinheiro, Westphal, Akerman, 2005)

Na base de dados Lilacs, encontra-se equidade como descritor, entendido como: “as condições de saúde, redução das diferenças evitáveis e injustas até o mínimo possível; os serviços de saúde, recebimento de atenção em relação à necessidade e contribuição na capacidade de pagamento”(Lilacs, 2006)

- **Equidade como prioridade aos menos favorecidos**

Nesta compreensão foram identificados nove (09) artigos, sendo dois (2) em revistas estrangeiras.

A equidade não é o mesmo que igualdade. Essa é consequência da equidade. O reconhecimento das diferenças e a supressão das necessidades possibilitam alcançar a igualdade (Garrafa, Porto, 1995).

Como explicam os autores Ribeiro e Schramm (2004), concordando com John Rawls, quanto ao princípio da diferença, defendem 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”. Para John Rawls, os princípios de justiça são: liberdade e oportunidade iguais para todos, e o princípio da diferença (beneficiar os menos favorecidos), compreendendo justiça como equidade.

Além disso, a equidade em saúde pode ser e tem sido amplamente definida como a ausência de disparidades em saúde, que sistematicamente avalia vantagens e desvantagens sociais (Braveman, Gruskin, 2003).

Para Neves (1999), a equidade representa igual acessibilidade aos cuidados de saúde, através de sua redistribuição diferenciada: atribuindo mais a quem tem menos e o mesmo a quem tem as mesmas condições, numa ação reguladora das desigualdades. Isto só é possível através do princípio da solidariedade, em que todos os homens redistribuam os bens entre si. Sugere a aplicação de dois critérios em especial, o da necessidade médica, como fator de racionalização, e o da igualdade de oportunidades, como fator de acessibilidade universal.

Garrafa, Costa e Oselka (1999) afirmam que deveriam haver prioridades para recursos escassos, e que seria mais adequado priorizar as camadas sociais ou as pessoas mais desfavorecidas.

Fortes (2002) enfatiza a importância da solidariedade entre as pessoas por meio do diálogo e da comunicação. Este mesmo 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. Sistemas de saúde orientados pela equidade na saúde atuarão na diminuição das desigualdades profundas existentes, desigualdades que estrangulam o desenvolvimento das sociedades, distorcem seu funcionamento e dificultam a “governabilidade” (Fortes, 2003).

Daniels (2001) reforça que teoria que proponha a prioridade para prover oportunidades àqueles que têm menos oportunidades, ou seja, privilegie os mais desfavorecidos, deveria se estender para os cuidados à saúde.

- **Equidade como igualdade de oportunidades**

Nesta categoria foi encontrado apenas um (01) artigo, sendo este de periódico estrangeiro.

Ruger (2006) afirma que todo indivíduo deveria ter igual capacidade para ser saudável, capacidade relacionada às “oportunidades reais”, “liberdade total” de escolha. Justiça em saúde requer sociedades que promovam indivíduos com condições necessárias para desenvolver o mais alto nível de saúde em suas vidas.

- **Equidade como prioridade aos mais necessitados de atenção à saúde**

Nesta categoria foram encontrados dois (02) artigos, sendo ambos de periódicos estrangeiros.

Para Almond (2002), a equidade em saúde exige que médicos e profissionais de saúde focalizem seu trabalho em um grupo que necessite mais de assistência e diminua naquele que necessite menos.

Quanto à priorização de recursos, Reeleder *et al* (2005) propõe as instituições de saúde que objetivem satisfazer a quatro condições relevantes: divulgar as ações rever as estratégias utilizadas, ouvir a comunidade, promover cidadania e direitos.

4.2.2. A equidade para o SUS na Literatura Científica Latino-americana

Em uma segunda busca bibliográfica na base Lilacs, com o objetivo de recortar melhor o objeto do estudo e dimensionar melhor 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.

Na análise da produção científica, utilizou como critério de organização dos achados a distribuição dos textos, segundo ano de

publicação, o periódico correspondente, o local trabalho do autor, e as palavras-chave citadas nas publicações.

Foram encontrados 20 artigos, que contemplavam o critério de inclusão estabelecido.

Os resultados estão descritos nos gráficos a seguir:

Gráfico 2- Distribuição percentual dos artigos sobre equidade em saúde no Brasil, segundo ano de publicação. Lilacs, 2007.

Gráfico 3- Distribuição percentual dos artigos sobre equidade em saúde no Brasil, segundo o periódico. Lilacs, 2007.

Gráfico 4- Distribuição percentual dos autores, segundo local de trabalho. Lilacs, 2007.

QUADRO 5- Distribuição das palavras-chave, segundo categorias analíticas. Lilacs, 2007.

Categorias	Palavras-chave do Resumos
Marco Referencial	Direitos; ética; equidade; justiça social
Modelos de atenção à saúde	Reforma do Estado; reforma sanitária; descentralização; política de saúde; sistemas locais de saúde; financiamento da saúde; distribuição de recursos; acesso a serviços de saúde; assistência à saúde; saúde coletiva; saúde da família
Marco Metodológico	Indicadores sociais, indicadores de saúde; desigualdade em saúde

Os resultados demonstram uma concentração recente de artigos relacionados à discussão de equidade e, mais especificamente, uma produção restrita às universidades públicas do sul e sudeste do Brasil. Estes resultados demonstram que a equidade, apesar de ser reconhecida como um princípio constitucional desde 1988, requer estudos de maior abrangência nacional e mais aprofundados na discussão de seu conceito e de sua operacionalização enquanto uma Política Pública do SUS.

A discussão ética do trabalho em saúde coletiva é identificada nos estudos como um instrumento na promoção da equidade e da universalidade na saúde.

Nos trabalhos analisados identificam-se alguns caminhos para superar as dificuldades de operacionalização da equidade em saúde.

Lucchese (2003) propõe a epidemiologia, como conhecimento imprescindível à compreensão dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, a valorização da experiência cotidiana de profissionais e usuários na definição de prioridades na saúde e o redimensionamento das ações para o nível local na busca da equidade e da atenção integral.

A busca de políticas de financiamento que propiciem a equidade teve como precursor o Sistema Britânico. Na década de 1970, foi elaborada a metodologia RAWP- *Ressource Allocation Working Party*,

que distinguiu diferentes critérios para orientar os gastos em saúde, como taxa nacional de utilização de serviços, idade, sexo e taxa de mortalidade regionalizada (Pelegrini, Castro, Drachler, 2005).

Os critérios epidemiológicos se adéquam estritamente para apontar necessidades de atenção à saúde, segundo parâmetros da morbimortalidade populacional, ou para a definição da situação de saúde da população, e não como critério de escolha entre duas ou mais situações para o estabelecimento de prioridades em uma localizada alocação de recursos. Essas dependem, sobretudo, de diretrizes prévias que devem ser estabelecidas por um processo de negociação política que implique a representação de interesses das distintas esferas de governo (Elias, 2005).

Em estudo realizado por Ferla (2002) citado por Pelegrini, Castro e Drachler (2005), no Rio Grande do Sul, no período de 1995 a 2001, foi possível constatar que a aplicação de recursos na saúde tem se concentrado nos grandes aglomerados urbanos e que os critérios de utilização destes recursos têm beneficiado os municípios de menor Índice de Desenvolvimento Humano.

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 que, por sua vez, não inclui a análise dos objetivos de determinada política e excluem explicitamente, a valoração dos fins que a justificam. As ações de saúde aos grupos específicos ficam reduzidas às políticas de focalização (para os mais pobres) e de privatização (Almeida, 2002).

Embora haja um relativo consenso quanto ao diagnóstico da ineficiência e da ineficácia dos gastos públicos, 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 a partir da instauração de um cardápio mínimo de ações a serem desenvolvidas pelo Estado apenas para a população mais pobre. De outro, encontram-se algumas análises que salientam a possibilidade da focalização, constituir-se alternativa atraente para fazer face ao quadro de extrema pobreza e desigualdades sociais no Brasil, na medida em que estabelece

prioridades de acesso dos segmentos mais vulneráveis nos programas sociais (Senna, 2002).

A análise da literatura demonstra que compreensão predominante de “equidade em saúde” nas regiões sul e sudeste do país está relacionada ao acesso a serviços de saúde e necessidades em saúde. Os autores citados acima concordam quanto ao acesso equitativo aos serviços de saúde, entretanto ressaltam a necessidade de se promover a universalização do acesso. Quanto às necessidades de saúde, não há um consenso entre os autores analisados sobre quais necessidades poderiam ser alvo de prioridades na operacionalização da equidade no SUS.

Seria necessário retomar a discussão das políticas sociais numa perspectiva de metapolítica, como sugere Santos (1998) citado por Almeida (2002), que significa revigorar a discussão dos princípios e valores que lhe são subjacentes 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.

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 (Cohn e Elias, 2002).

4.2.3. Discussão da Literatura Conceitual para a equidade na Saúde

A partir dos achados anteriores, foi identificada a necessidade de realizar um novo levantamento na literatura científica, tendo como termo chave a “equidade em saúde”. Para seleção do material, utilizaram-se como critério as produções sobre o sentido atribuído à equidade pelos principais teóricos e filósofos das ciências sociais. A busca bibliográfica foi realizada nas bases Lilacs, Dedalus, Medline e Embase, tendo como descritores: equidade, fairness e justiça social.

Encontramos que a literatura tem mostrado que o termo equidade tem servido a diversas interpretações, sendo estas fundadas no princípio da igualdade de oportunidades de acesso a serviços de saúde; de recursos despendidos para cada indivíduo de uma condição particular; de vida sadia ganha por unidade monetária utilizada, de possibilidade das pessoas atingirem seu potencial de vida saudável; atendimento desigual a pessoas desiguais, que são interpretações baseadas no princípio da diferença, tratamento igual para os iguais e, desigual para os desiguais (Fortes, 2003). Além disso, o conceito remete à questão da justiça distributiva, dos direitos e deveres do homem/cidadão e do Estado (Almeida, 2002).

Para chegar à concepção atual de equidade e de justiça distributiva, é necessário questionar se a distribuição de bens, como habitação, assistência à saúde, educação e outros requer uma distribuição igualitária dos recursos ou pressupõe privilegiar determinados indivíduos ou grupos sociais. Além disso, seria fundamental questionar quais critérios seriam necessários para estabelecer essa distribuição.

Para discutir essas questões, é indispensável fazer um resgate histórico e filosófico, mesmo que breve, para elucidar as razões que justificam a polissemia encontrada para os termos equidade e justiça distributiva, uma vez que tais conceitos são construções determinadas por processos históricos e sociais.

Enquanto o princípio antigo de justiça, defendido por Aristóteles, estava relacionado à distribuição de recursos de acordo com o mérito de cada indivíduo, sobretudo no que diz respeito ao status político, o princípio moderno supõe que todos mereçam uma distribuição de recursos básicos, independentemente de mérito. (Fleischacker, 2006)

A justiça distributiva, para o pensamento aristotélico, deveria ser garantidora da proporcionalidade natural, pois as coisas e os direitos não podem ser distribuídos igualmente, mas sim de maneira proporcionada, conforme uma hierarquia de merecimento social, de interesse da polis, observado dentro da ordem da natureza, onde naturalmente as pessoas são desiguais.

Há diferenças fundamentais entre o pensamento de Aristóteles e o conceito atual de justiça distributiva. Para Aristóteles, a justiça estava essencialmente vinculada ao mérito. Aristóteles não se inclinava a reconhecer no trabalho uma atividade particularmente meritória. (Fleischacker, 2006)

Nos séculos XVII e XVIII, a burguesia capitalista nascente adota um conjunto de ideias éticas, políticas e econômicas conhecidas como concepção liberal. Na dimensão ética, o Liberalismo defende a garantia dos direitos individuais, o que supõe um Estado de direito em que sejam evitados o arbítrio, as lutas religiosas, a tortura, as penas exacerbadas, as prisões arbitrárias, além de se garantir a liberdade de pensamento, expressão e religião. Para fundamentar as ideias de igualdade e liberdade emerge a concepção jusnaturalista, que admite uma situação anterior a toda forma de organização da sociedade. Um estado originário natural, no qual não se constituíra ainda nenhum poder sobre o indivíduo; um estado de liberdade e igualdade perfeitas (Luiz, 2005).

A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789 e as Constituições, elaboradas no decorrer do século XVIII (principalmente a Americana e a Francesa), são traduções dos ideais jusnaturalistas que justificam a existência de direitos pertencentes ao Homem enquanto. Essas exigências surgem numa época em que as contradições da realidade social eclodiam em lutas e movimentos que clamavam por mudanças. Em oposição à visão de mundo da nobreza, o liberalismo propunha reformas legislativas segundo critérios contrários à tradição, a tudo aquilo que não parecesse ditado pela razão (Luiz, 2005).

As ideias liberais sofreram dois tipos de crítica: a da excessiva abstratividade, por tomar o homem em si mesmo como uma entidade alheia às especificidades históricas e sociais, e uma crítica oposta, segundo a qual sua concretude residia na defesa de um homem específico, o burguês, que lutava pela própria emancipação contra a aristocracia, ou seja, apoiando-se em uma definição de homem como apenas o cidadão burguês. As ações de assistência do Estado restringiam-se as ações caritativas, segundo a concepção liberal de “a cada um, segundo seu merecimento”. Quando o Estado provia as

necessidades de um indivíduo, não o fazia visando à garantia de qualquer direito, mas assumia-o como tendentemente perigoso para a ordem social e para a higiene da coletividade (Luiz, 2005).

Segundo Fleischacker (2006), Kant é o primeiro grande filósofo a defender explicitamente que o auxílio aos pobres deve ser um assunto para o Estado e não uma obrigação privada. Ele propõe que o Estado implemente escolas, hospitais e outras instituições para os doentes e órfãos pobres, e que, além disso, forneça auxílio direto aos pobres, tudo por conta do contribuinte mediante tributação. Observa ainda que uma pessoa verdadeiramente moral deve se empenhar em cultivar uma “boa vontade fundada em princípios”, em vez de uma mera “bondade de coração e temperamento”. O problema mais profundo com a caridade por inclinação está na hierarquia implícita que ela cria entre o doador e o beneficiário. Atos virtuosos não devem expressar uma hierarquia. Ao contrário, faz parte da essência de toda virtude que ela expresse e ajude a criar uma comunidade de seres racionais iguais, que respeita o valor absoluto e igual de cada indivíduo. É fundamental considerar cada um dos demais seres humanos como um fim em si mesmo, que tem exatamente tanto direito, quanto qualquer outro, a uma vida boa.

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, constituindo problemas sociais que configuravam um estado de injustiça social, geraram protestos e anseios por mudanças. As ideias socialistas de igualdade encontravam terreno fértil para difundir-se e se oporem ao modo de produção capitalista e a propriedade privada (Luiz, 2005).

Marx, um severo crítico dos avanços capitalistas, não foi um proponente explícito da justiça distributiva. O autor afirmou que a justiça é um instrumento inadequado para o pensamento socialista e criticou a noção de direitos individuais. Para ele, era um equívoco tratar a distribuição econômica separadamente da produção, justificando que o equilíbrio de poder em qualquer sociedade é determinado pelos fatores de produção e que as relações econômicas determinam as noções jurídicas, como a de equidade e justiça. Ao questionar os Direitos Humanos,

apontou o que o século XVIII denominou “direitos do homem” como controverso, quanto ao que é o homem, de modo que a própria noção de humanidade e de direitos torna-se desprezível. (Fleischacker, 2006)

Marx sugere que deveríamos ver a nós próprios como exemplos do tipo universal, “ser humano”. No mundo marxista ideal, não sacrificaríamos nossa individualidade pelo todo social maior, pois indivíduo e sociedade fazem parte de uma mesma totalidade e, portanto, não se excluem. Marx reforçou o imenso poder que a sociedade exerce sobre cada um de nós, a imensa medida em que as formas sociais, e não somente as leis ou os governos, modelam os indivíduos e criam necessidades. (Fleischacker, 2006)

Influenciado pelas críticas ao primeiro modelo liberal, com a crescente industrialização e urbanização, o Estado liberal-democrático do séc. XX assume providências de inspiração mais igualitária, considerando as medidas assistenciais como constituintes civis e políticos. A concepção de igualdade de oportunidades se intensifica e provoca um aumento da rede de serviços sociais, tendo como pano de fundo a ideia de que todo cidadão tem direito a condições mínimas de sobrevivência e, para tanto, o Estado deve garantir emprego, controle de salário, seguro contra-invalidez, doença, proteção na velhice, licença-maternidade, aposentadoria, educação, moradia, etc (Luiz, 2005).

A saúde, vista como direito social, aproxima-se da ideia central de qualidade de vida e constitui um dos elementos de cidadania. Além do acesso aos serviços de assistência médica, o direito à saúde requer relações sociais que possibilitem a qualidade do cotidiano e assume uma posição auto-reflexiva relacionada à vida, e não apenas à sobrevivência, mas a uma vida bem qualificada (Luiz, 2005).

Enquanto os direitos individuais se inspiram no valor primário da liberdade, os direitos sociais se inspiram no valor primário da igualdade. São direitos que tendem, senão a eliminar, ao menos corrigir desigualdades que nascem das condições desiguais de partida, tanto econômicas e sociais como em parte de condições naturais de inferioridade biológica (Almeida, 2002).

No que se refere ao conceito liberal atual, Porto (1994) citado por Duarte (2000) afirma que, atualmente, as tendências sobre equidade relacionam-se com a distribuição de recursos por meio de uma discriminação positiva em favor dos mais desfavorecidos e a diminuição das desigualdades resultantes de fatores fora do controle individual. Apesar desta constatação, a aceitação da equidade como princípio permanece restrita exclusivamente à definição formal de um direito, sem que na realidade seja assegurado seu efetivo exercício.

Uma das interpretações para equidade de maior destaque no séc. XX é a do filósofo norte-americano John Rawls. O autor em seu livro, *Uma teoria da Justiça*, expressa a teoria da justiça como equidade, fornecendo as bases para a tomada de decisão (Fortes, 2003).

Rawls utiliza a noção de véu de ignorância, para descrever uma situação hipotética em que as pessoas deveriam encontrar-se para estabelecer como seria a distribuição dos recursos em sociedade, por intermédio do contrato social. A ideia principal é de que pessoas livres e racionais, numa posição inicial de igualdade, aceitariam definir os termos fundamentais de sua associação. Os indivíduos são entendidos como pessoas morais que tem fins próprios e são dotados de um senso de justiça. Esses princípios devem regular todos os acordos sucessivos, os tipos de cooperação social e as formas de governo que podem ser instituídas. Esta teoria Rawls chama de justiça como equidade e nela seguem dois princípios fundamentais, descritos a seguir (Rawls, 1997).

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 (Rawls, 1997).

A escolha dos caminhos, dos princípios a serem observados por todos a partir do “véu da ignorância”, garantiria que ninguém fosse favorecido ou desfavorecido pelo resultado do acaso natural ou pela

contingência das circunstâncias sociais. Uma vez que todos estão em situação similar e ninguém pode designar princípios que o favoreçam, o entendimento do que é justo será o resultado de consenso ou de ajuste equitativo. Por isso, o filósofo defende que, numa posição inicial sob o “véu da ignorância”, as pessoas não escolheriam como princípio norteador da justiça social o princípio da utilidade social, a maximização dos benefícios, pois este seria incompatível com a concepção da cooperação social entre iguais para a vantagem mútua (Fortes, 1998).

Rawls (2003), em sua obra; *Justiça como Equidade: uma reformulação*, revisa os dois princípios de Justiça anteriormente propostos. Segundo este autor, cada pessoa tem o mesmo direito irrevogável a um esquema plenamente adequado de liberdades básicas iguais que seja compatível com o mesmo esquema de liberdades para todos (princípio da igualdade). Além disso, 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); e, 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, sendo que esta mesma ordem lexical vale para a igualdade de oportunidades.

Para Rawls, a sociedade como um todo é um empreendimento coletivo, com regras e maneiras de agir que seus membros podem controlar. Retomando as ideias de Marx, também Rawls afirma que a natureza humana é mais um produto do que um determinante da sociedade. Nossas perspectivas de vida também serão, em grande medida, modeladas pela estrutura política e social que habitamos e nossos talentos e habilidades serão significativamente moldados pela sociedade (Rawls, 2003).

Nesta mesma linha de pensamento, Norman Daniels (1996) citado por Miguel Kottow (2000), deriva 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. Porém, para sociedades em 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; quem adere à medicina privada deveria pagar um tributo de extensão sempre que utilizar recursos humanos e tecnologias do serviço público.

A fim de unificar o entendimento a respeito do conceito de equidade, Luiz (2005) discute a publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1990, na qual o texto de Margareth Whitehead (1990) 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. O mesmo texto identifica uma confusão no termo equidade que ora se refere à qualidade de saúde de grupos diferentes, ora a diferenças na oferta, distribuição e acesso aos serviços de saúde. 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.

Parece oportuno assinalar que o conceito apresentado no parágrafo anterior implica em uma discussão política e de juízo de valor, ao incorporar a ideia de justiça no processo de redução das desigualdades evitáveis e desnecessárias haveria risco disso significar mobilidade no conceito de equidade, em que o entendimento que se tem sobre política equânime dependeria da sociedade, na qual se aplica o conceito, e do momento ou tempo histórico em que se está pensando a questão. O que se considera injusto ou o que se pretende fazer para reduzir as disparidades sociais pode ter dimensões e valores diferentes para espaços sociais distintos em diversos momentos (Viana, Fausto, Lima, 2003).

Le Grand (1988) citado por Duarte (2000) chama a atenção para um dos problemas nos sistemas de saúde de que, muitas vezes, as necessidades de saúde desiguais são ignoradas. Os grupos sociais menos privilegiados respondem a determinadas patologias de forma

menos competente, exigindo, assim, cuidados mais intensivos. Afirma que as políticas de saúde devem estar voltadas para minimizar os fatores produtores de desigualdades nos perfis de morbi-mortalidade. Inclui, entre estes, nutrição, condições de vida e trabalho e o próprio cuidado médico. Além disso, considera que doenças decorrentes de hábitos pessoais não podem ser consideradas inevitáveis, inaceitáveis e injustas. De acordo com Whitehead (1996) citada por Duarte (2000) iniquidades são as diferenças geradas pela restrição à liberdade de escolha: exposição a condições de vida e trabalho estressantes e doências, 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.

Uma outra perspectiva parece contornar essa situação. Sen (2001) sugere a abordagem da equidade a partir das diversas capacidades que as pessoas desenvolvem para estarem em boa saúde, felizes e serem parte de uma comunidade, entre outras. Nesta abordagem, a desigualdade surge a partir da maior ou menor capacidade de escolha de cada um, para desenvolver um funcionamento desejado, como estar nutrido adequadamente, estar em boa saúde, livre de doenças que podem ser evitadas, ser feliz, ter respeito próprio, tomar parte da vida na comunidade, e assim por diante.

A orientação ética pelas necessidades em saúde é característica dos sistemas de base solidária, como o Brasileiro. Porém, a própria OMS reconhece não ser possível à oferta da totalidade de intervenções em saúde a todos, sendo necessário considerar a máxima formulada pelo bioeticista Diego Gracia: “a cada um conforme suas necessidades, até o limite dos bens disponíveis” (Gracia, 1989 citado por Fortes, 2003).

Entretanto, o conceito de necessidade de saúde, bastante determinado culturalmente, corresponde às diferentes expectativas quanto aos recursos necessários para atendê-las. Além disso, a pressão que o complexo médico industrial exerce no imaginário das pessoas influencia fortemente a ideia do que vem a ser realmente necessidade de saúde para usuários e profissionais. Por fim, cabe ressaltar que esta concepção impõe qualificar e selecionar entre as inúmeras

desigualdades, aquelas que são desnecessárias e injustas (Lucchese, 2003).

Uma outra corrente de pensamento, bastante difundida pelos planejadores do setor de saúde, é o utilitarismo. Para eles o correto, o justo, é a alocação de recursos que proporciona maior benefício, mais saúde para um maior número de pessoas. Instrumentos de planejamento como custo/efetividade baseiam-se na noção de maximização dos benefícios (Fortes, 2003).

Entretanto, posições divergentes ao utilitarismo alertam que a utilização apenas de critérios de custo/efetividade pode resultar em discriminação de grupos humanos minoritários, tais como deficientes e portadores de patologias cuja expressão é de menor magnitude em uma determinada população (Fortes, 2003).

Para os que defendem a justa distribuição equitativa, o utilitarismo poderia justificar o sacrifício de pequenos interesses, expressos numericamente, por objetivos mais prevalentes, podendo resultar em práticas injustas ou mesmo discriminatórias contra grupos minoritários. Também é salientado que esta interpretação ética pode ser utilizada para justificar que os fins alcançados legitimem os meios (Rawls, 1997).

John Rawls (1997) considera que o utilitarismo diferencia o “bem” do “justo”. Se o bem for felicidade, prazer, pode nem sempre significar que a garantia do “maior bem” resulte naquilo que deva ser mais justo, pois o princípio da utilidade não leva em conta como a soma das satisfações será distribuída entre os indivíduos. O filósofo alerta ainda que a aplicação estreita do paradigma utilitário pode aceitar como eticamente correto que a liberdade de poucos possa ser suprimida por um bem maior partilhado pela maioria.

O mesmo autor, de acordo com o pensamento deontológico, diverge do utilitarismo quando declara que cada pessoa possui uma inviolabilidade fundada na justiça, a qual nem mesmo o bem-estar da sociedade como um todo pode sobrepujar. O utilitarismo, diz Rawls (2003), emprega uma metodologia em que muitas pessoas são fundidas em uma só e devemos considerar exatamente o contrário disso, a

pluralidade de pessoas, com sistemas separados de fins, constitui uma característica essencial das sociedades humanas.

Dos filósofos que aprofundaram essa noção nos tempos modernos e influenciaram a reflexão ética contemporânea, destaca-se Kant, o qual foi considerado o grande expoente do pensamento deontológico. Para ele a moralidade provinha da racionalidade da pessoa humana e não da experiência. Entendia que a razão seria a autoridade final da moralidade. E que as ações humanas deveriam ser realizadas pelo sentido do dever guiado pela razão e não somente pela obediência às leis ou aos costumes.

Essa linha de fundamentação ética parte do pressuposto de que o homem, sendo um ser racional, deve manifestar decisões racionais, portanto com caráter de normas universais. As regras universais descreveriam como as coisas devem ser e não como as coisas são. Logo um ato deveria ser considerado como moralmente correto quando fosse universalizável, pois deveria se conformar à máxima kantiana: “ages de maneira que trates a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de outrem, sempre como um fim e não somente como um mero meio”, é tipo característico de norma deontológica.

Há críticas ao pensamento deontológico, considerando-o muito rígido, inadaptável ao pluralismo de situações existentes no cotidiano da vida humana. Acatando-se que os deveres são permanentes e universais, dizem os críticos, se desconsideraria que a ética é referenciada historicamente, que é dinâmica e mutável. Outras críticas afirmam que o raciocínio deontológico não orientaria as condutas quando da existência de confronto entre dois ou mais deveres ou princípios fundamentais (Edge e Groves, 1994 citados por Fortes, 2000).

No século passado Hegel, filósofo alemão do século XIX, já criticava o pensamento de Kant por entender que este tratava da relação da ética e da sociabilidade das pessoas a partir das relações pessoais diretas, deixando à parte as relações sociais. Para Hegel, somos seres históricos e culturais submetidos à moralidade de uma sociedade em um determinado momento histórico, que nos apresenta seus costumes, valores, normas, permissões e proibições. Por conseguinte, os valores e

as normas éticas não poderiam ser eternas e a vida ética seria dada pela harmonização da vontade individual com as regras morais da sociedade (Chaui, 1995 citada por Fortes, 2000).

Partindo desse pluralismo conceitual, Turner, (1986) citado por Duarte (2000), diferencia quatro tipos diferentes de equidade: ontológica, de oportunidades, de condições e de resultados.

A ontológica se refere à igualdade fundamental entre as pessoas, como direito natural. A equidade de oportunidades diz respeito à possibilidade de alcançar objetivos almejados; é característica da doutrina liberal, em que é possível uma mobilidade social a partir da igualdade de oportunidades. A equidade de condições determina que pessoas submetidas às condições diferentes não tenham condições iguais para competir e sobreviver em sociedade. Por último, a equidade de resultados, em que mecanismos de discriminação positiva operam em favor de grupos menos privilegiados, aumentando as oportunidades a esses grupos e assegurando a equidade de resultados (Duarte, 2000).

Garrafa, Costa e Oselka (1999) consideram que a base ética que deve guiar o processo decisório da alocação de recursos, sua distribuição e controle é o reconhecimento de necessidades diferentes, para atingir direitos iguais, entre eles a possibilidade de acesso à saúde.

A incorporação da comunidade por meio de representantes legítimos e emancipados, nos fóruns de discussão para o planejamento em saúde, é necessária, pois as decisões de alocação de recursos que, habitualmente, são feitas por profissionais e administradores de serviços de saúde nem sempre estão conforme aos valores e critérios prevalentes na comunidade, podendo não atender o pluralismo moral existente (Fortes, 2000).

4.3. REVISÃO DOS DOCUMENTOS

4.3.1. Legislação Brasileira para Saúde

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 acatou a orientação do direito de todos os cidadãos à saúde, fundamentando-se no princípio da justiça distributiva equitativa que vinha sendo defendido há algumas décadas por importante parcela do movimento sanitário.

Cabe aqui lembrar que anteriormente, pelas normas da Constituição federal de 1965 e da emenda constitucional de 1967, somente os trabalhadores previdenciários eram detentores de um direito à assistência médica, estando, a então norma constitucional da época, longe de atender ao princípio da equidade.

O Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986) relaciona o direito à saúde a garantia do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros. O referido texto aponta também a equidade como um princípio que deveria reger a qualidade e o acesso ao novo Sistema Nacional de Saúde, que posteriormente viria ser o SUS.

Entretanto, é importante ressaltar que na Lei 8080 da Constituição Brasileira de 1988, a qual regulamenta o SUS, o termo equidade não é citado, mas sim o princípio da igualdade. Nos documentos oficiais da federação o termo equidade é apresentado na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96) e no capítulo da Seguridade Social da Constituição Brasileira, sempre relacionado com o financiamento e distribuição de recursos na Saúde, embora a NOB-96 proponha uma distribuição *per capita* dos recursos, ao considerar uma divisão igualitária dos recursos para todos.

4.3.2. A política de Promoção da Saúde no Brasil

Na entrada do século XXI, o mundo moderno vive uma crise que se caracteriza pelo não cumprimento da promessa de igualdade, liberdade, solidariedade e paz. Nesta crise, a humanidade busca redirecionar o conhecimento e o desenvolvimento para rediscutir valores e princípios que façam frente ao predomínio da intolerância na convivência, ao aumento das guerras, ao acirramento das desigualdades econômicas e

sociais intra e inter-países e ao desenvolvimento desvinculado das reais necessidades dos povos (Abrasco, 2006).

No campo da saúde, é cada vez mais reconhecida a incapacidade do modelo de atenção vigente - baseado hegemonicamente no conhecimento biológico, no parque tecnológico médico, no risco e atenção individual - de explicar e responder aos processos de saúde e doença de uma população (Abrasco, 2006).

Convivemos com a persistência de desigualdades históricas intra e inter-territoriais, entre os gêneros e raciais com relação à renda, acesso à educação e à saúde. Na década de 90, os 10% mais ricos no Brasil tinham renda 22 vezes maior do que os 40% mais pobres. Além disso, entre os 10% mais ricos, 80% possuem domicílio com saneamento básico, enquanto só 32% dos 40% mais pobres têm esse benefício. Se tomarmos a educação como base, entre os estudantes de 20 a 24 anos, dos 10% mais ricos 21% são de nível superior, sendo que nos 40% mais pobres somente 2,6% o estão. Todo este debate coloca a necessidade de delineararmos estratégias e ações, no campo da saúde, capazes de apontar para a construção de soluções dos problemas complexos que vivemos. A promoção da saúde como campo conceitual, metodológico e instrumental ainda em desenvolvimento, traz, em seus pilares e estratégias, potenciais de abordagem dos problemas de saúde: parte da saúde em seu conceito amplo discute a busca da qualidade de vida, pressupõe que a solução dos problemas está no potencial de contar com parceiros e a mobilização da sociedade, trabalha com o princípio da autonomia dos indivíduos e das comunidades, reforça o planejamento e poder local (Abrasco, 2006).

Um sinal de que a promoção da saúde está se tornando um paradigma alternativo aos problemas de saúde em todos os países foi a recente realização de quatro conferências mundiais sobre promoção da saúde. Desses eventos surgiram quatro importantes documentos com compromissos a ser assumidos por todos os países. Esses documentos ficaram conhecidos como: a Conferência de Alma Ata (Alma Ata, 1978), a Carta de Ottawa (Canadá, 1986); a Declaração de Adelaide (Austrália,

1988); a Declaração de Sundsvall (Suécia, 1991) a Declaração de Bogotá (Colômbia, 1992), Conferência de Jacarta (Jacarta, 1997).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata em 1978, declarou que a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto de preocupação comum de todos os países (OPAS, 2008).

O documento referente à Conferência de Alma-Ata aponta para as condições e recursos fundamentais para a saúde e introduz o conceito de equidade. São identificados cinco campos de ação na promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

Na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em novembro de 1986, já se apontava a necessidade das discussões focalizarem as necessidades em saúde e os processos de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (OPAS, 2008).

Alcançar a equidade em saúde passa, então, a ser um dos focos da promoção da saúde, pois as ações objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários. Isso incluiu ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia (OPAS, 2008)

A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde. A política de promoção combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas

fiscais, taxas e mudanças organizacionais. É uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. Entre os compromissos estabelecidos em Ottawa para a Promoção da Saúde está a atuação pela diminuição do fosso existente quanto às condições de saúde, entre as diferentes sociedades e distintos grupos sociais, bem como a luta contra as desigualdades em saúde produzidas pelas regras e práticas desta mesma sociedade (OPAS, 2008).

A Conferência de Ottawa declarou que as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade. Para superar as desigualdades existentes entre as pessoas em desvantagem social e educacional e as mais abastadas, requer-se políticas que busquem incrementar o acesso a bens e serviços promotores de saúde, e criar ambientes favoráveis. Tal política deveria estabelecer alta prioridade aos grupos mais desprivilegiados e vulneráveis. A igualdade no acesso aos serviços de saúde, particularmente quanto aos cuidados primários, é um aspecto vital da equidade em saúde. Assegurar uma distribuição equitativa dos recursos, mesmo em condições econômicas adversas, é um desafio para todas as nações. (OPAS, 2008)

A Conferência de Adelaide, na Austrália em 1988, priorizou as “políticas públicas saudáveis”, que se caracterizam “pelo interesse e pela preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas com a saúde e a equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população”. Enfatiza a política pública por um meio ambiente saudável como pressuposto para vidas saudáveis, destaca a responsabilidade pelas consequências de decisões políticas, em especial, as de caráter econômico, sobre a saúde. (Pessini e Barchifontaine, 2003)

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida na Suécia em 1991, determinou que a equidade deve ser prioridade básica na criação de ambientes favoráveis à saúde, reunindo energia e poder criativo com a inclusão de todos os seres humanos num esforço único. Todas as políticas que almejam um desenvolvimento sustentável devem estar sujeitas a novas formas e processos de prestação de contas, de

maneira a alcançar uma distribuição mais equitativa de recursos e responsabilidades. Toda alocação de recursos e ação política deve ser baseada em prioridades e compromissos claros com os mais pobres, aliviando a dura vida dos marginalizados, grupos minoritários e pessoas com deficiência física. (OPAS, 2008)

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Bogotá em 1992, definiu como prioridades para a América Latina a criação de condições que garantissem bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento. A região desgarrada pela iniquidade que se agrava pela prolongada crise econômica e pelos programas de política de ajuste macroeconômico enfrenta a deteriorização das condições de vida da maioria da população, junto com um aumento de riscos para a saúde e uma redução dos recursos para enfrentá-los. Por conseguinte, o desafio da promoção da saúde na América Latina consiste na transformação dessas relações, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como, no trabalho pela solidariedade e equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento. (OPAS, 2008)

O documento de Bogotá reitera a necessidade de opção por novas alternativas nas ações de saúde pública, orientadas para combater o sofrimento causado pelas enfermidades geradas pela pobreza. Entre os compromissos assumidos, na perspectiva de que o direito e o respeito à vida e à paz são valores éticos fundamentais para a cultura da saúde, assinalam-se (Pessini, Barchifontaine, 2003):

- Avançar com o conceito de saúde condicionado por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, de conduta e biológicos, e com a promoção da saúde como estratégia para modificar os fatores condicionantes;
- Convocar todas as forças sociais para aplicar a estratégia de promoção da saúde;
- Incentivar políticas públicas que garantam a equidade e favoreçam a criação de ambientes e opções saudáveis;
- Fortalecer as capacidades da população para participar nas decisões que afetam a vida e para optar por estilos de vida saudáveis;

- Eliminar os efeitos diferenciais da iniquidade sobre a mulher;
- Estimular a pesquisa na promoção da saúde para gerar ciência e tecnologia apropriada e disseminar o conhecimento resultante, de forma que se transforme em instrumento de libertação, mudança e participação.

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde ocorrida em Jacarta em 1997 determinou como pré-requisitos para a saúde: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. A pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde. Assim, os tomadores de decisão devem estar firmemente comprometidos com a responsabilidade social, indo ao alcance de políticas e práticas que incluam uma avaliação do impacto sobre a saúde, focalizando na equidade como parte integral da elaboração de políticas.

Como é possível observar nos documentos oficiais da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a promoção da saúde coloca desafios teóricos e estratégicos para o desenvolvimento da saúde pública, como os compromissos firmados na V Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada no México em 2000, quando os Ministros de Saúde dos países participantes se comprometeram a tomar a promoção da saúde como política pública e a desenvolver estratégias para reduzir as iniquidades. (Abrasco, 2006).

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. Por sua própria natureza, a Promoção alcança todos os campos de ação da saúde e da atividade humana. Assim, mesmo que neste momento se trabalhe a partir de uma perspectiva setorial, o horizonte aponta para diretrizes e ações intersetoriais (Abrasco, 2006).

Na base do processo de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde; a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la; o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde, e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para

garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política do Estado Brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde (Brasil, 2006b).

A 51ª Assembleia Mundial da Saúde, ocorrida em 2000, aponta o desafio de saúde para todos no século XXI, reafirma o compromisso da saúde ser um direito fundamental dos seres humanos e enfatiza a relação entre saúde e os preceitos éticos de equidade, solidariedade e justiça social. Nela, os países assumiram um compromisso de abordar os determinantes básicos e os pré-requisitos para a saúde e reconheceram que a saúde é fruto de um trabalho interdependente de todas as nações, comunidades, famílias e indivíduos (Abrasco, 2006).

Dentre as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006b) está a de reconhecer, na Promoção da Saúde, uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde. No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde adoecimento em nosso país, como: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada; e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde (Brasil, 2006b).

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira do SUS e das Cartas da Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e

interesses pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida. (Brasil, 2006b)

Nesta direção, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias e na execução das agendas governamentais a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social (Brasil, 2006b).

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção, usuários, movimentos sociais, trabalhadores, gestores, também de outros setores, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. O paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de 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 (Brasil, 2006b).

Desta forma, o agir sanitário envolve fundamentalmente o estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidades em favor da vida e da criação das estratégias necessárias para que ela exista. A um só tempo, comprometer-se e co-responsabilizar pelo viver e por suas condições são marcas e ações próprias da clínica, da saúde coletiva, da atenção e da gestão, ratificando-se a indissociabilidade entre esses planos de atuação (Brasil, 2006b)

Ao se retomar as estratégias de ação propostas pela Carta de Ottawa e analisar a literatura na área, observam-se que, até o momento, o desenvolvimento de estudos e evidências aconteceu em grande parte vinculado às iniciativas ligadas ao comportamento e aos hábitos dos sujeitos. Nesta linha de intervenção já é possível encontrar um acúmulo de evidências convincentes, baseadas em estudos epidemiológicos demonstrativos de associações entre exposição e doença. (Brasil, 2006b)

Entretanto, persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas, definidas em Ottawa, e que estejam mais associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade (Brasil, 2006b).

Promover saúde é fazer política. É aceitar o imenso desafio de desencadear um processo amplo que inclui a articulação de parcerias, atuações intersetoriais e participação popular, que otimize os recursos disponíveis e garanta sua aplicação em políticas que respondam, mais efetiva e integralmente, às necessidades da sociedade. É responsabilizar-se no âmbito da legislação e execução, com políticas que favoreçam a vida em todas suas dimensões sem que isso implique, necessariamente, no desenvolvimento de ações inéditas, mas no redirecionamento do enfoque das políticas de saúde. Promover saúde é lidar com questões complexas, é saber de antemão que os enfoques experimentais das ciências físicas e biológicas, baseadas no positivismo lógico, têm de ser acrescidos das metodologias utilizadas nas ciências sociais como a antropologia, a psicologia e a sociologia. A grande força da promoção da saúde é movimentar e agregar diversos setores e diferentes, embora, disciplinas e este movimento dificulta sua abordagem científica (Abrasco, 2006).

Estas questões nos remetem à pergunta: Podemos trabalhar com evidências na promoção da saúde, uma vez que ela se configura como um campo de ações transversais e multisetoriais que mistura enfoques e abordagens variadas? (Abrasco, 2006).

Na perspectiva da promoção da saúde lidamos com temas complexos e singulares, como a saúde e a vida, relacionados amplamente com política, economia, desenvolvimento, subjetividades, cuja magnitude as provas científicas podem não conseguir alcançar. O misto de análises quantitativas e qualitativas, acrescida de narrativas, pode dimensionar a complexidade da promoção da saúde, suas ações,

seus processos e impactos. Muito se está caminhando e podemos afirmar que para problemas complexos somente abordagens complexas são capazes de serem efetivas (Abrasco, 2006).

5. DESENVOLVIMENTO DE UMA PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO DE CONCEITOS PARA EQUIDADE NO SUS

A implementação do SUS configura um processo que requer uma reviravolta ética, pois implica em um processo social de mudança na prática sanitária que exige dos atores envolvidos, como os profissionais de saúde, os gestores e os usuários, transformações atitudinais e culturais. Nesse sentido, discutindo a ética na produção social de saúde, Garrafa (1995) alerta que qualquer processo dinâmico que procure mudanças substanciais e envolva diferentes interesses e pessoas, exige dos envolvidos alguns câmbios atitudinais e até mesmo culturais. Desta forma, tal processo é substancialmente ético e deve passar por profundos estudos e reavaliações nas posturas, nas atitudes, nos direitos e nas obrigações dos que com ele se comprometem, ou seja, para o SUS isto significa os políticos, os técnicos que manejam os recursos para a saúde, os trabalhadores da área e os usuários.

Para fazer frente ao desafio de concretização do SUS, parece patente a urgência de se lidar com os problemas de ordem ética, vivenciados nos serviços e sistema de saúde. A habilidade para tomar decisões frente aos problemas éticos que emergem das situações cotidianas é essencial para a excelência profissional e da assistência médico-sanitária, pois para que a atenção à saúde mereça o qualificativo de excelente deve aliar a exatidão técnica à correta tomada de decisão ética por parte dos profissionais (Zoboli, 2008).

Porém, se a bioética cresceu nos anos setenta tratando de questões de caráter mais individualizado, de questões relativas aos códigos deontológicos e às relações entre profissionais usuários de ações e serviços de saúde, nos anos 80 seu foco começou a ser dirigido para problemas da coletividade, como o acesso aos serviços de saúde, a alocação de recursos escassos, as questões demográficas e populacionais e a responsabilidade individual e coletiva sobre a assistência à saúde (Pessini, 1995 citado por Fortes 2000).

Enquanto a Bioética Clínica esteve mais centrada no relacionamento entre profissionais, instituições de saúde e pacientes, dentro de uma abordagem mais individualizada, a Bioética Social se ligou ao campo da saúde pública, aos diversos aspectos ligados à saúde da coletividade (Fortes, 2000).

Nestas duas últimas décadas, a Bioética Social tem acentuado sua preocupação com a questão da alocação de recursos na saúde, ou seja, com a distribuição de recursos entre usos alternativos, procurando compreender os princípios e valores éticos envolvidos nas tomadas de decisão no campo da saúde. Essa reflexão objetiva estabelecer bases racionais para as tomadas de decisão que possam contemplar o fundamento da ética, ou seja, o de proporcionar o bem estar na vida dos indivíduos e da coletividade.

Boa parte das vezes, as decisões para a alocação de recursos em saúde são motivadas por valores e princípios morais, apesar disto não ser claramente percebido ou revelado. É certo que interesses político-partidários, corporativos e econômicos, preferências pessoais dos administradores e técnicos, também são fatores influenciadores no processo de tomada decisória. Porém, é preciso salientar que mesmo as decisões de caráter político, para serem eficazes, têm que levar em conta os valores morais prevalentes na sociedade (Fortes, 2000).

A bioética brasileira tem mostrado uma postura bastante pedagógica, buscando favorecer a consciência de valores éticos, antes de se postularem normas. Contribui significativamente, sendo um espaço de reflexão em vista da equidade e, conseqüentemente, capaz de analisar e intervir diante de iniquidades em situações dadas, mesmo quando essas já estão protegidas por ordenamentos jurídicos ou codificações institucionais. Sua colaboração é substancial para avançar em propostas de como as pessoas podem viver de modo ético a sua liberdade em sociedade (Anjos, 2007).

Braz, Raggio e Junges (2007) propõem um repensar e um fazer ético diferente, focado na melhoria dos indicadores sociais, conseqüentemente, voltada para a melhoria da qualidade de vida. Não há ética quando a autonomia das pessoas não é respeitada, devendo-se,

quando necessário intervir nos corpos ou outros âmbitos da vida da pessoa, informar a ponto de esclarecer, e apenas efetivar a intervenção necessária, negociada e pactuada após permissão. Não há agir ético se não houver uma justa distribuição dos recursos, atendendo sempre os mais necessitados. Não há ética enquanto houver pessoas vivendo na pobreza ou abaixo da linha da pobreza. Não há ética enquanto não se considerar o outro. Lembrando que Potter, em 1970, propôs a bioética como ponte para o futuro, estes citados autores afirmam que “pode-se assegurar que só haverá futuro se houver um compromisso a favor da subsistência da vida em todos os seus níveis e da diminuição das desigualdades da humanidade”.

Desta forma, a concepção de bioética que norteou esta pesquisa foi: a bioética é uma nova maneira de focar a ética nas ciências da vida e da saúde, que combina estudo e reflexão e traça uma ponte entre as ciências biológicas e humanas, através de um diálogo inclusivo, plural e responsável na busca da sabedoria, entendida enquanto conhecimento, de como usar o conhecimento para o bem social e a promoção da dignidade humana e da boa qualidade de vida (Zoboli, 2006).

5.1. O PRINCÍPIO ÉTICO DA JUSTIÇA DISTRIBUTIVA

A reflexão sobre alocação de recursos está intimamente relacionada ao princípio da justiça, entendida enquanto justiça distributiva. Porém, na atualidade não existe consenso sobre a forma mais justa de se decidir como distribuir ou como priorizar recursos de saúde. Na sociedade de pluralismo ético-cultural em que vivemos, a justiça pode ser interpretada de diferentes maneiras, por diversas linhas de pensamento ético citadas por Fortes (2000):

- Para cada pessoa uma parte igual
- Para cada um conforme a proporcionalidade natural
- Para cada pessoa de acordo com suas necessidades
- Para cada pessoa de acordo com seus esforços
- Para cada pessoa de acordo à sua contribuição social

- Para cada pessoa de acordo com seu mérito
- Para cada pessoa de acordo às leis do livre mercado
- Para cada pessoa conforme uma distribuição equitativa.

Compreender a realidade heterogênea, em uma diversidade de pensamentos, ações e expressões de perfis epidemiológicos pode nos propiciar uma melhor aproximação do significado e da operacionalização do princípio da equidade para a totalidade das pessoas, que de alguma forma estão envolvidas com a saúde pública, sejam esses usuários, gestores ou profissionais de saúde e, desta forma, vislumbrar a construção de uma sociedade mais justa.

Para cumprir seu compromisso essencial de ciência da sobrevivência, apresentado por Potter, a Bioética deve ser como um guarda-chuva que acolhe todas as manifestações do pensamento humano. Cada segmento filosófico faz prevalecer versões próprias de verdade, e cada uma delas deve ser considerada como transitória. Ciência e religião precisam desconsiderar o absolutismo de suas certezas e colaborar para a construção de uma sociedade sintonizada ao ser humano real e integral. (Anjos, 2007)

A contribuição que faz a Teologia da Libertação, em sua defesa pela dignidade dos pobres e vulneráveis, indica-nos com vigor que não bastam iniciativas governamentais para distribuir os poucos recursos com a finalidade de mitigar a fome dos miseráveis por meio de planos assistencialistas precários e episódicos, mas sim de exigir programas permanentes do Estado (Anjos, 2007).

5.2. ALOCAÇÃO DE RECURSOS NA SAÚDE

Segundo Fortes (2000), a distribuição e a priorização dos recursos assistenciais de saúde podem ser divididas em três níveis de alocação:

- A *macroalocação* de recursos, que ocorre mediante a distribuição de recursos, realizada pelas esferas governamentais, através de políticas públicas de saúde e se refere a quais e quanto dos

recursos deve ser dirigidos à assistência à saúde. A reflexão ética nesse campo se dirige para a organização dos sistemas de saúde, à priorização de ações, à repartição e redistribuição de recursos humanos, materiais e financeiros entre programas e projetos de saúde, assim como para a fundamental discussão sobre a responsabilidade do Estado e a responsabilidade individual na assistência à saúde.

Em nosso país, as decisões de macroalocação no setor público são tomadas pelo Congresso Nacional, Assembleias Estaduais e Câmaras Municipais, ao aprovarem os respectivos orçamentos para o setor saúde. No nível estatal, a saúde compete por recursos com setores econômicos e sociais, como a educação, o transporte, o lazer, a cultura.

- A mesoalocação de recursos, que é feita pelos níveis intermediários do sistema de saúde, por exemplo, em hospitais, clínicas ou outras instituições de saúde, ao distribuírem diferenciadamente seus recursos entre os diversos programas e atividades de assistência à saúde. As decisões de mesoalocação são tomadas pelos administradores e profissionais de saúde, atuando em cargos diretivos ou de comando nessas instituições.
- A microalocação de recursos, que é feita em nível individual, tem relação direta com as pessoas sob os cuidados dos profissionais de saúde. Diz respeito, por exemplo, à escolha de quem deve ser priorizado para receber um órgão a ser transplantado, ou quem deve ser internado em uma unidade de terapia intensiva quando há inexistência de leitos para suprir todas as necessidades.

Os critérios para alocação de recursos na Saúde, segundo Fortes (2000) são:

- **Critérios da objetividade médico-científica**

Estes critérios são de natureza técnica, baseados em análise e avaliação dos candidatos aos recursos, feitos pelos profissionais de

saúde, exclusivamente fundamentados numa suposta "objetividade científica". Dentre os critérios apontados como baseados em objetividade médica, encontram-se a eficácia clínica, a possibilidade de ação preventiva, a vulnerabilidade da doença ou do agravo à tecnologia e ao saber científico disponível.

- **Critérios sociais**

Na utilização de critérios sociais, pretende-se maximizar o bem estar da sociedade. Os defensores da utilização desses critérios afirmam que se a sociedade disponibiliza recursos escassos para alguns de seus membros em detrimento de outros, pode e deve esperar retorno de seu investimento. Portanto, a maior parte dos critérios sociais se fundamenta no princípio da utilidade social, considerando e aceitando diferenças de valores das pessoas para a sociedade.

5.3. CIDADANIA E DIREITOS

De acordo com Martins *et al* (2008), a prática profissional e política para equidade deve, primeiramente, promover inclusão social e afirmação da cidadania. A participação da sociedade de forma aberta e democrática contribui para este movimento, uma vez que representa, em si, o exercício de cidadania, de capacidade de regular e administrar o poder, de compartilhar os interesses às responsabilidades.

Para Reeleder *et al* (2005) na priorização de recursos, as instituições de saúde que objetivam alcançar a equidade devem satisfazer a quatro condições relevantes: publicização, revisão, ouvir a comunidade, promover cidadania e direitos.

Cortina (2005) considera que um dos grandes problemas nas sociedades do capitalismo tardio consiste em conseguir fazer com que cidadãos preocupados unicamente em satisfazer seus desejos individuais cooperem na construção da comunidade política.

Segundo esta mesma autora, o fato é que não há nenhuma teoria política, com exceção de John Rawls, que trate elaborar uma teoria de

justiça distributiva baseada no caráter central do espaço público da sociedade.

Algumas dessas teorias tentam reforçar o acordo entre cidadãos em torno de uma noção de justiça, com o objetivo de aumentar seu sentido de pertença a uma comunidade e seu desejo de participar dela com a finalidade de aumentar sua civilidade (Cortina, 2005).

A identidade das pessoas conta, em nossos dias e em nossas sociedades, com um componente irrenunciável, a igualdade de todos os cidadãos em dignidade; mas conta também com esses elementos específicos de cada indivíduo e de cada comunidade étnica, religiosa ou nacional às quais pertencem, e que são os que lhes propõem formas de vida boa (Cortina, 2005).

MacIntyre (2001) defende a ideia de que se queremos superar as crises e contradições nas sociedades pós-capitalistas e pós-liberais, se pretendemos assegurar uma democracia sustentável, precisamos fortalecer nos indivíduos seu sentimento de pertença a uma comunidade. Princípios e atitudes são igualmente indispensáveis.

O tema da cidadania pode ser identificado, em suas raízes na Antiguidade, sobretudo nas cidades-estados da Grécia Clássica. Nesse período cidadania envolvia, sobretudo, a ideia de participação dos homens livres no governo da pólis. É verdade que nem todos eram considerados cidadãos. Os escravos, as mulheres e os estrangeiros representavam $\frac{3}{4}$ da população que não tinham direitos. O próprio conceito de cidadania, o qual, já no seu nascimento na cultura helênica, traz a marca da exclusão, de fato, um percentual pequeno da população das cidades-estados pertencia a “classe” dos cidadãos (Martins et al, 2008).

Já no século XVII, John Locke baseou seu pensamento político a ideia de que existiam direitos naturais. Os indivíduos enquanto seres humanos, e não mais enquanto membros da pólis, possuiriam direitos.

Na Inglaterra, os direitos de cidadania são divididos em três momentos sucessivos: no século XVIII, os chamados direitos civis (liberdade de ir e vir, de pensamento, de religião, de opinião, direito à vida, à justiça e à propriedade, de estabelecer contratos, definidos pela

ideia de liberdade individual. Em seguida, os direitos políticos, no século XIX que asseguravam a participação dos indivíduos no governo da sociedade (como votar, direito de associação e organização), consagrados como direitos individuais exercidos coletivamente. E por último, os direitos sociais no século XX, que garantem a participação na riqueza do país – como educação, saúde, trabalho, aposentadoria e salário digno (Reis, 2007).

No caso dos direitos sociais, a lógica de ação depende de uma ampliação do escopo de uma intervenção estatal para garantir a participação básica de todos nos frutos da riqueza produzida coletivamente, encurtando as desigualdades sociais e produzindo maior justiça social (Reis, 2007).

No caso do Brasil, a cidadania assume um caráter problemático, com um descompasso entre o “país legal” e o “país real”. O resultado mostra um modelo de cidadania de contornos passivos, quando não de sua ausência plena, resultado fundamentalmente de uma antecipação generosa do Estado e da incorporação tutelada dos brasileiros, que se revelam apáticos e acomodados. Tereza (1994) citada por Reis (2007) aponta que a ideia de proteção e amparo do Estado é vista como dívida ou como “favor”, gerando uma cultura paradoxal de cidadania concedida.

No Regime Vargas, é possível observar como os direitos sociais, a legislação trabalhista, a previdenciária, apresentaram-se como doação, como dívida, papel que a propaganda, as comemorações cívicas, os discursos radiofônicos se encarregavam de alardear. Agindo assim, a classe trabalhadora passou a cobrar do governante os direitos que lhe foram prometidos, e não conquistados (Reis, 2007).

Apesar do avanço legal para a fundamentação dos direitos sociais no Brasil, observa-se sua negação à maioria da população, situação matizada pela “doação” de cidadania pelo Estado, da forma que este estipula e que melhor lhe convém. De acordo com Marilena Chauí (1986) citada por Martins *et al* (2008), a cidadania no Brasil tem sido historicamente marcada pela concessão regulada e periódica da classe dominante às demais classes sociais, sendo-lhes retirada quando os dominantes assim o decidirem.

Para uma adequada noção de cidadania, deve-se observar a relação muito próxima que os processos de avanço ou recuo mantém com os diversos momentos políticos da história brasileira, reconhecendo que, em tempos de democracia, o horizonte da cidadania se dilata e, em tempos de autoritarismo e de governos centralizadores, ela se comprime. Entretanto, alguns estudiosos relacionam os limites da cidadania ao “iberismo” e “patrimonialismo” de origens portuguesa que teria orientado uma hipertrofia do executivo, gerando fascinação por um Estado central forte e comprometedor de uma autêntica cidadania (Reis, 2007).

É possível apontar os inúmeros avanços da cidadania observados com as lutas pela democratização do país nos anos 80. Avanços estes que resultaram em movimentos cívicos de massa, como a campanha pelas diretas que revelou, no Brasil, a presença de uma nova sociedade civil, plural e participativa, que buscava confrontar o poder constituído, alargando os espaços de atuação coletiva (Reis, 2007).

Na Saúde, a Reforma Sanitária visou produzir um novo conhecimento e *práxis*, que abarcasse as causas populares e que fosse capaz de materializar uma proposta alternativa de saúde, baseada no princípio de saúde como um direito de cidadania. De fato, o movimento lutava pela transformação social, advogando a constituição de sujeitos dotados de consciência social, conquistada através de sua consciência sanitária (Pego e Almeida, 2001 citados por Martins *et al*, 2008).

Como resultado político desse processo de redemocratização, pode-se apontar a Constituição de 1988, em que avanços importantes puderam ser observados no âmbito da cidadania, seja no plano dos direitos políticos, civis ou sociais. Enfim, de abertura do país a uma nova “era de direitos”, sendo por isso mesmo conhecida como Constituição cidadã (Reis, 2007).

A grande tomada de consciência e mobilização social, crescentes nos vários segmentos da sociedade, levou ao fim a ditadura militar, à instalação da Assembleia Nacional Constituinte, à formulação e aprovação da Seguridade Social e do SUS das Leis n.8.080 e 8.142/90. A expressão “participação social” surgiu e foi amplamente assumida no

âmbito do SUS a partir da aprovação da Lei n. 8142/90, que dispõe sobre os Conselhos e Conferências de Saúde (Brasil, 2007).

Entretanto, considerando a ideia de cidadania como um processo de embates sociais e políticos permanentes, é preciso assinalar que a garantia dos direitos nos textos legislativos não bastou para torná-los efetivos na prática (Reis, 2007).

Segundo Martins *et al* (2008), ao analisarmos a situação do Brasil dentro desta perspectiva, observa-se que a consolidação da Constituição Federal de 1988 como um símbolo da vontade dos legisladores em conduzir a nação à plena democracia, ainda não simbolizou mudanças nas crenças e comportamentos das elites dominantes, das instituições e das organizações da sociedade civil que traduzam uma renovação da cultura política e cívica do país. Inúmeras evidências têm demonstrado que apenas a existência formal dos espaços de controle social não assegura a participação política da sociedade.

A partir de 1990, a continuidade do processo de democratização do Estado passou por várias formas de restrições, obstáculos e constrangimentos, tanto ao nível da organização e mobilização da sociedade, como da formulação e das iniciativas criativas.

Alguns exemplos podem ser relacionados com vistas à implementação da equidade que ficaram abaixo das expectativas esperadas nos anos 1980, como as plenárias regionais de representação de conselhos ou de segmentos dos usuários, trabalhadores de saúde e gestores; desenvolvimento de várias formas de cooperativismo intermunicipal e com o Estado.

Apesar das ambiguidades, contradições e autoritarismos da experiência social e política brasileira, isso não deve impedir que, em tributo a um modelo idealizado de participação e construção da cidadania, deixe-se de ressaltar as peculiaridades dos brasileiros, identificando seus legados de luta por direitos e para o reconhecimento social. Deste modo, ainda que o ideal de cidadania plena e ilimitada, nos termos de uma utopia da emancipação de todos, esteja além do horizonte de uma sociedade capitalista e de classes, é preciso estar vigilante e não perder a

dimensão de luta política que envolve os significados e os sentidos que atribuímos às conquistas sociais realizadas (Reis, 2007).

Torna-se necessário contar com a presença ativa dos sujeitos na construção, admiração e re-admiração do mundo, podendo assim mudar a realidade do SUS. Neste sentido, destaca-se a importância estratégica do conceito de empoderamento (*empowerment*), definido como o processo através do qual pessoas ou comunidades adquirem maior controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde, ampliando as possibilidades de controle dos aspectos significativos relacionados a sua própria existência (Sen, 2001). Esse conceito está em íntima comunhão com a ideia de *libertação* trabalhada por Paulo Freire (1996). Entretanto, este último traz uma concepção mais ampla e generosa do cidadão que se liberta da situação de exclusão por meio da educação (Garrafa, 2005).

Nesse sentido entendemos que hoje é mais importante transferir informações e educar a população para a saúde do que somente prestar-lhe assistência. Com efeito, o cidadão, informado e educado, tornar-se-á seu próprio agente de saúde, consciente também de que a saúde é um direito e não, um favor, como tem rezado distorcidamente a cultura nacional (Pessini, Barchifontaine, 2003).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1. VARIÁVEIS PARA INTEGRAÇÃO CONCEITUAL DE EQUIDADE NO SUS

Através deste estudo foi possível compreender que não existe um entendimento único para equidade na literatura científica e entre os atores sociais envolvidos na consolidação do SUS. Isto decorre do processo histórico e político do próprio país, cuja redemocratização é consolidada há 20 anos.

Ficou claro que a polissemia dos entendimentos e a polifonia de equidade dificulta a construção de ações e estratégias em saúde para a operacionalização deste princípio do SUS.

Entretanto, foi possível constatar que há variáveis comuns que emergem da análise dos dados produzidos pelos discursos dos atores do SUS, na literatura científica e nos documentos oficiais da Saúde no Brasil.

As variáveis identificadas foram:

- **Justiça Social:** este conceito na Saúde não se restringe a 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, segundo suas necessidades biológicas e/ou condições sócio-econômicas.
- **Igualdade:** 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 na Saúde.
- **Acesso universal:** este conceito relaciona-se na consolidação do SUS, com uma distribuição igualitária e universal dos recursos disponíveis em Saúde. A Saúde, reconhecida como um direito social,

determina que todo cidadão tenha direito às condições mínimas de sobrevivência, entre elas o acesso aos serviços de saúde.

- **Priorização dos que mais precisam e redução das iniquidades:** a equidade assume uma dimensão ética e política ao propor a diminuição de diferenças evitáveis e injustas, através de uma assistência à saúde compatível com a dignidade humana.

O conjunto destas quatro variáveis identificadas pode contribuir para que os profissionais e pesquisadores do SUS construam coletivamente uma equidade justa para todos no SUS e enfrentem o desafio de tornar a saúde efetivamente um direito no Brasil.

Essas variáveis consistem em critérios prudentes que devem ser atendidos pelos gestores do SUS no planejamento, na operacionalização e na avaliação das ações em saúde, na busca da equidade.

É importante ressaltar a universalização como principal avanço do SUS. Ela representa a conquista de um direito à saúde para todos os brasileiros e a capacidade da sociedade estabelecer coletivamente seus objetivos, através de valores mais solidários. É uma condição imprescindível para a efetivação da equidade e da justiça social.

7. REFERÊNCIAS

Abrasco . Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Marcos Conceituais da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil. Disponível em : <http://www.abrasco.org.br/GTs/GT%20Promocao/Reuniao%20Pro%20GT%20PS%20DLIS%20Sao%20Paulo/Anexo%202%20-%20Politica%20Nacional%20de%20Promocao%20da%20Saude.pdf> . Acesso em : 25/08/08.

Almeida C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. Cad. Saúde Pública. 2002; 18(supl): 23-36.

Almond P. An analysis of the concept of equity and its application to health visiting. Journal of Advanced Nursing. 2002; 37(6):598-606.

Anjos MF. Siqueira JED. Bioética no Brasil: tendências e perspectivas. Aparecida: Idéias e Letras; 2007.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.

Braga IF. A sociedade civil e as Políticas de Saúde no Brasil do anos 80 à primeira década do século XXI. In: Morosini MV (org). Sociedade, Estado e direito à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

Brasil. Constituição Federal. Título VIII. Da Ordem Social; capítulo II- seção I, art. 194, de 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (a)

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em : http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006_anexo1.pdf f. Acesso em 20/08/08. (b)

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Progestores- para entender o SUS. Brasília: CONASS, 2007.

Brasil. Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorioIconferencia_nacionaldesaudebnucal.doc. Acesso em 10/07/2008.

Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. J. Epidemiol Community Health. 2003; 57(4):254-8

Braz M; Raggio A; Junges JR. Desafios globais e participação da bioética brasileira. In: Marcio Fabri dos Anjos; José Eduardo de Siqueira. (Org.). Bioética no Brasil: tendências e perspectivas. Aparecida: Idéias & Letras; 2007; p. 9-235.

Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; 2005.

Cohn A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 3ª ed. São Paulo: Cortez/CEDEC; 1999.

Cohn, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006, p. 231-258.

Cohn A, Elias PEM. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. Cad. Saúde Pública. 2002; 18 (suplemento): 173-180.

Cortina A. Cidadãos do mundo: para uma teoria da cidadania. São Paulo: Loyola, 2005.

Duarte CMR. Equidade na Legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro. Ciência e Saúde Coletiva. 2000; 5(2): 443-463.

Elias PE. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 3ª ed. São Paulo: Cortez/CEDEC; 1999. p. 59-133.

Elias PE. A utilização da noção de equidade na alocação de recursos em tempos de pensamento (neo) liberal: anotações para o debate. Ciência e Saúde Coletiva. 2005; 10(2): 289-292.

Fleischacker S. Uma breve história da justiça distributiva. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

Fortes PAC. O dilema bioético de selecionar quem deve viver: um estudo de microalocação de recursos escassos em saúde. São Paulo: 2000. [Tese de Livre-docência- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.]

Fortes PAC. Critérios éticos em microalocação de escassos recursos em saúde. O mundo da saúde. 2000; 24 (6):543-51.

Fortes PAC. Bioética, equidade e políticas públicas. O mundo da Saúde. 2002; 26(1): 143-47.

Fortes PAC. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP (orgs.). Bioética e Saúde Pública. São Paulo: Edições Loyola. 2003, p.35-47.

Fortes PAC, Zoboli, ELCP. Os princípios do Sistema Único de Saúde: potencializando a inclusão social na atenção saúde. O mundo da saúde. 2005; 29 (1): 20-25.

Freire P. Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa. Paz e Terra; 1996.

FUNDAÇÃO SEADE. Índice Paulista de Responsabilidade Social. Descrição e Metodologia. São Paulo, 2004. Disponível em <<http://www.seade.gov.br>>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2008.

Garrafa, V. A inclusão social no contexto da bioética. CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA. Painel "Bioética: inclusão e justiça social". Belo Horizonte, 2005.

Garrafa V, Costa SIF, Oselka G. A bioética no século XXI. Bioética. 1999; 7(2): 207-12.

Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. O mundo da Saúde. 1995; 26(1): 6-15.

Kottow M. Bioética e política de recursos em saúde. In: Garrafa V, Costa SIF. A Bioética no século XXI. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2000.

Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV, org. O Discurso do Sujeito Coletivo: uma nova abordagem metodológica na pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.

Lefèvre AMC. Ações Coletivas de Saúde no Município de São Paulo. São Paulo: 2000. [Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Lefèvre F, Lefèvre AMC. Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: LiberLivro; 2005.

Lucchese PTR. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2003; 8(2): 439-448.

Luiz OC. Direito e equidade: princípios éticos para a saúde. Arq. Méd. ABC. 2005; 30(2): 69-75.

Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G, Batista RS. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2008; 18 (1): 105-121.

MacIntyre A. Justiça de quem? Qual racionalidade. São Paulo: Edições Loyola; 2001.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: HUCITEC/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1996.

Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Monnerat GL, Senna MCM. A Seguridade Social Brasileira: dilemas e desafios. In: Morosini MVGC, Reis JRF (org). Sociedade, Estado e Direito à Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007.

Neves MCP. Alocação de recursos em saúde: considerações éticas. Bioética. 1999; 7(2): 155-63.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Documentos de Promoção da Saúde. Disponível em: www.opas.org.br. Acesso em 20/08/08.

Pelegrini MLM, Castro JD, Draccher ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do Estado do Rio Grande do Sul. Ciência e Saúde Coletiva. 2005; 10(2): 275-286.

Pessini L, Barchifontaine CP. Saúde no mundo e no Brasil. In: Problemas atuais de Bioética. 2003

Pinheiro MC, Westphal MF, Akerman M. Eqüidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-*Constituição Federal* brasileira de 1988. Cad. Saúde. Pub. 2005; 21(2) 449-58.

Rawls J. Uma Teoria da Justiça. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

Rawls J. Justiça como equidade: uma reformulação. São Paulo: Martins Fontes; 2003.

Reeleder D, Martin DK, Keresztes C, Singer PA. What do hospital decision-makers in Ontario, Canada, have to say about the fairness of priority setting in their institutions? BMC Health Serv Res. 2005; 5(1):8.

Reis JRF. Cultura de direitos e Estado: os caminhos (in)certos da cidadania no Brasil. In: Morosini MV (org). Sociedade, Estado e direito à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

Ribeiro CDM, Schramm FR. A necessária frugalidade dos idosos. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(5): 1141-59.

Ruger JP. Ethics and governance of global health inequalities. J. Epidemiol. Community Health. 2006; 60: 998-1002.

Sen A. Desigualdade reexaminada. Rio de Janeiro: Record; 2001.

Senna MCM. Equidade e Política de Saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública. 2002; 18 (suplemento): 203-211.

Streubert HJ, Carpenter DR. Investigação qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista. 2ed. Loures: Lusociência, 1999.

Viana ALA, Fausto MCR, Lima LD. Política de Saúde e Equidade. São Paulo Perspectiva. 2003; 17(1): 58-68.

Vilaça EM. Os grandes dilemas do SUS. Tomo I. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

Zoboli E. Bioética: gênese, conceituação e enfoques. In: Oguisso T, Zoboli E. (Org.). Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. São Paulo: Manole, 2006.

Zoboli ELCP. Relatório do Projeto Semântica e Operacionalização dos princípios éticos do SUS: um enfoque bioético. São Paulo, 2008.