

**EQUIDADE EM SAÚDE E AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE  
SAÚDE PÓS CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988**

**MARCELO CARDOSO PINHEIRO**

Dissertação de Mestrado apresentada a  
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de  
São Paulo para a obtenção do Grau de Mestre

Área de Concentração: Serviços de Saúde  
Pública

**ORIENTADORA: PROFESSORA TITULAR  
MÁRCIA FARIA WESTPHAL**

São Paulo  
2003

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

## Dedicatória

Será que o fato das palavras pais e país se diferenciarem apenas na acentuação, influencia a nossa cultura política?

Falo em equidade, consciente que muito recebi de meu país e pais. Foi o sul deste país que me deu a melhor das mães e o nordeste o melhor dos pais.

A eles dedico este trabalho.

## **Agradecimentos**

À professora Márcia Faria Westphal por sua orientação e sua abertura ao diálogo franco.

À professora Cleide Lavieri Martins, por seus atenciosos esclarecimentos em relação às normas da Comissão de Pós Graduação.

Aos professores Marco Akerman e Eurivaldo Sampaio de Almeida por suas contribuições nas fases do projeto e qualificação deste trabalho.

Aos professores Márcia Faria Westphal, Eurivaldo Sampaio de Almeida, Cássia Maria Buchalla, Evelin Naked de Castro Sá, Fabiola Zioni, Marcos Kisil, Sueli Gandolfi Dallari, Vitória Kedy Cornetta, Rubens de Camargo Adorno, Fernando e Ana Lefèvre, Oswaldo Yoshimi Tanaka, José Carlos Seixas, Maria da Penha Costa Vasconcellos, Bernard Couttolenc, Gabriel Cohn, Myrian Krasilchik, que através de seus cursos muito contribuíram para minha formação.

Aos amigos e funcionários da Faculdade de Saúde Pública, em especial Cidinha, Angela, Regina, Renilda e Mila, por sua cooperação.

Às amigas Itana, Lúcia, Letícia, Angela e Cássia, pelo apoio e solidariedade.

À Angelina, minha mulher e companheira de todos os momentos.

## RESUMO

Pinheiro MC. **Equidade em saúde e as Conferências Nacionais de Saúde pós a Constituição Federal de 1988**. São Paulo; 2003. [Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

A consolidação dos novos paradigmas da Saúde Pública, que apontam para a ampla determinação do processo saúde-doença, exige novas estratégias como as propostas a partir do ideário da Promoção da Saúde. Este reafirma a dimensão política da saúde e a necessidade de inclusão de equidade como um critério para as avaliações da saúde em um Estado com o sentido de se alcançar o bem estar social.

Este estudo decorre da pressuposição que a dimensão política da saúde no Brasil, explicitada na Constituição Federal de 1988 como um direito garantido pelo Estado, através de políticas econômicas e sociais e também na participação social como um fundamento do Sistema Único de Saúde, levaram à institucionalização das Conferências Nacionais de Saúde, como um canal privilegiado de participação democrática na discussão das políticas de saúde objetivando a equidade em saúde.

O objetivo geral deste trabalho é analisar os relatórios das 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde verificando a incorporação e utilização do conceito equidade em saúde, princípio fundamental para a Promoção da Saúde.

O estudo é qualitativo, com utilização da técnica análise de conteúdo de documentos. Uma parte do estudo centrou-se na classificação das significações do termo equidade e variações deste, expressas nos relatórios das respectivas Conferências, para a compreensão de sua utilização em relação a conceituação que

está desenvolvida na literatura de saúde. A segunda, de caráter mais exploratório, destaca outros valores expresso nos relatórios, verificados a partir da utilização dos mesmos termos e de outros, fazendo-se uma ligação com a questão da equidade em saúde e a predominância do seu significado em cada um dos relatórios assim como sua evolução.

A não incorporação ao SUS de alguns hospitais públicos é apontado como um dos principais aspectos de falta de equidade nos relatórios das 9<sup>a</sup> e 10<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde. No relatório da 11<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde o termo equidade passa a ser utilizado com mais intensidade e ampliando sua aplicação para além da abordagem de acesso a serviços. Nos três relatórios encontramos a absoluta predominância de uma cultura que valoriza mais a abordagem da equidade em sentido retórico que pragmático.

**Descritores:** Equidade em saúde, Conferência Nacional de Saúde, Promoção à Saúde

## **ABSTRACT**

**Pinheiro MC. Equity in health and the National Health Conferences after the Federal Constitution of 1988.** São Paulo; 2003. [Master's degree dissertation – School of Public Health - USP]

Establishing new paradigms in Public Health that indicate the broad determination of the health-disease process requires new strategies, such as those planned and based on Health Promotion principles. It restates the political dimension of health and the need to include equity as a criterion to assess health in order to achieve social welfare State.

This study is based on the assumption that the political dimension of health in Brazil, provided as a right guaranteed by the State through the Federal Constitution of 1988, by means of economic and social policies, and social participation as a principle of the Unified Health System, resulted in institutionalization of the National Health Conferences as privileged fora of democratic participation in discussing health policies aimed at equity in health.

The general objective of this study is to analyze the reports of the 9<sup>th</sup>, 10<sup>th</sup> and 11<sup>th</sup> National Health Conferences, and check appropriation and use of the concept equity in health, which is a fundamental principle of Health Promotion.

It is a qualitative study, using the technique of document content analysis. The first part of the study focused on classifying the meanings of the terms equity and its variations, as described in the reports of the Conferences, in order to understand its use as compared with the conceptualization developed in the literature

on health. The second part, with a more exploratory approach, shows other values expressed in the reports, using the same terms and others, and linking these with equity in health and its prevailing meaning in each report, as well as its evolution throughout the reports.

The non-incorporation of some public hospitals to SUS is mentioned as one of the main aspects of lack of equity in the reports of the 9<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> National Health Conferences. In the report of the 11<sup>th</sup> National Health Conference, the term equity starts to be used more often and it is applied beyond access to services. In the three reports we find an absolute rule of a culture that values the approach of equity more rhetorically than pragmatically.

**Descriptors:** Equity in health, National Health Conference, Health Promotion

## Índice

	Págs
<b>1. Introdução</b> .....	1
1.1 – Política como contexto .....	6
1.1.1 - A Política e o Direito à Saúde no Brasil .....	6
1.1.2 - A Política Nacional de Saúde e o Papel das Conferências Nacionais de Saúde .....	10
1.1.2.1 - As Primeiras Conferências Nacionais de Saúde .....	11
1.1.2.2 - A 8ª Conferência Nacional de Saúde .....	15
1.2 - A Promoção da Saúde: Princípios Éticos e uma Estratégia Política .....	22
<b>2. A Equidade em Saúde</b> .....	33
<b>3. Justificativa e Objetivos</b> .....	48
3.1- Justificativa .....	48
3.2 - Objetivos .....	51
3.2.1 - Geral .....	51
3.2.2 - Específicos .....	52
<b>4. Metodologia</b> .....	53
<b>5. Os Significados da Equidade em Saúde apreendidos nos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde: Resultados e Discussão</b> .....	63
5.1 - Relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde: “Municipalização é o caminho” Brasília, 9 a 14 de Agosto de 1992 .....	63
5.1.1 - Discussão a partir da Avaliação da Situação da Saúde no País .....	64
5.1.2 - Discussão a partir das Proposições/Considerações .....	66
5.1.3 - Quadros Sínteses .....	70
5.1.4 - Outras Considerações .....	71
5.2 - Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde: “SUS, Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida”. Brasília, 2 a 6 de setembro de 1996 ...	78
5.2.1 - Discussão a partir da Avaliação da Situação da Saúde no País.....	79
5.2.2 - Discussão a partir das Proposições/ Considerações .....	79

5.2.3 - Quadros Sínteses .....	90
5.2.4 - Outras Considerações .....	92
5.3 - Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde: “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social”. Brasília, 15 a 19 de dezembro de 2000 .....	100
5.3.1- Discussão a partir da Avaliação da Situação da Saúde no País .....	102
5.3.2 - Discussão a partir das Proposições e Considerações .....	113
5.3.3 - Quadros Sínteses .....	126
5.3.4 - Outras Considerações .....	128
<b>6. Discussão: A incorporação do Princípio da Equidade, como um Critério para a Formulação de Diretrizes de Políticas Públicas .....</b>	<b>131</b>
<b>7. Conclusões.....</b>	<b>143</b>
<b>8. Referências .....</b>	<b>145</b>

## **Anexos**

## 1. INTRODUÇÃO

*“A linguagem dos direitos tem indubitavelmente uma grande função prática, que é emprestar uma força particular às reivindicações dos movimentos que demandam para si e para os outros a satisfação de novos carecimentos materiais e morais; mas ela se torna enganadora se obscurecer ou ocultar a diferença entre o direito reivindicado e o direito reconhecido e protegido.”*

**Norberto Bobbio**

Quando se decide penetrar em um novo campo de estudo, um dos grandes desafios é o da aproximação a nova linguagem. Se existe uma linguagem e um instrumental bastante consolidados, a epidemiologia, para se estudar agravos a saúde como um tema da Saúde Pública, quando o mote se amplia e saúde passa a ser encarada por seus aspectos positivos como na definição da Organização Mundial da Saúde de "um completo bem estar físico, mental e espiritual" ou quando a saúde é entendida como qualidade de vida (LALONDE 1996; WESTPHAL 2000a), a abordagem a este novo campo sem dúvida passa a ser bem mais complexa.

Atualmente a conceituação de saúde como está inscrita na Constituição Brasileira, certamente não pode receber exclusivamente um tratamento de mensuração biológica, pois efetivamente a Saúde Pública se insere no campo das humanidades por sua dimensão política e social.

Qual seria a melhor escolha para um pesquisador se aproximar de um campo de estudo que requer uma visão ampliada de saúde? Que metodologia e que objeto de estudo seriam os mais interessantes para esta formação? Seguindo a inspiração bíblica de “e o princípio é o verbo”, considerou-se que o discurso produzido em um espaço democrático seria um objeto de estudo interessante para quem a aproximação da Saúde Pública com um interesse crítico e preocupação com a

determinação social do processo saúde-doença. A análise de discurso deveria propiciar de qualquer maneira um aprofundamento reflexivo da nova linguagem e da nova abordagem do campo tradicional de conhecimento.

Esta foi a escolha do pesquisador, e ela não se deu apenas por inspiração bíblica, mas principalmente porque o interesse do mesmo era compreender as possibilidades que o referencial da Promoção da Saúde, que encara a saúde como uma produção social, como uma prática democrática construída também na relação cidadão-Estado, poderia facilitar o entendimento da dinâmica, estratégias e políticas do Sistema Único de Saúde neste momento.

O interesse pela democratização da saúde e a necessidade de uma aproximação da compreensão desta no contexto social requer justamente a prática de ouvir a sociedade, ouvir o que as pessoas, representantes do Estado e da sociedade civil dizem sobre suas necessidades em saúde e ainda mais interessante, se o objeto selecionado de escuta for um foro destinado à contribuir para o encaminhamento dos interesses e demandas desta mesma sociedade.

A opção de procurar compreender o que é dito nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e elaborar uma escuta, se deu também por outros dois motivos. Primeiro foi a recorrência dentro do meio sanitário a um evento, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, como um marco de um movimento sanitário que buscava a democratização e a racionalização das ações da Saúde Pública brasileira, em um momento de abertura democrática no país, o que de certa maneira respalda e valoriza as Conferências Nacionais de Saúde em seu aspecto institucional.

O segundo motivo, de caráter bastante subjetivo, foram as dificuldades sentidas na qualidade da participação em duas Conferências Municipais, a II de

Bertioga e a III de São Paulo, das quais este pesquisador participou como espectador. Em ambas foi possível perceber uma falta de clareza nas falas dos atores, expressas nos relatórios como repetições de chavões previamente estabelecidos e que entendeu-se como uma dificuldade à atualização da agenda política de saúde para os respectivos municípios.

Optou-se então por “ouvir” e refletir sobre os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde porque, pelo menos teoricamente, elas influenciam ou deveriam influenciar sobremaneira as demais conferências, assim como o ideário que permeia a atuação dos técnicos públicos e a postura de componentes da sociedade civil no enfrentamento dos problemas que envolvem a saúde e a qualidade de vida da população brasileira.

A amplitude temática dos relatórios, assim como dos pressupostos e princípios éticos da Promoção da Saúde, que no entender de muitos estão em absoluto acordo com os conceitos, valores e compromissos assumidos durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, levou a opção de orientar o desenho deste estudo como uma análise do discurso documentado nos relatórios mencionados com foco na equidade, além do fato das iniquidades serem consideradas o maior problema da sociedade brasileira.

De fato a falta de equidade no Brasil vem sendo apontada por vários estudos internacionais, que ordenam os países por sua condição sócio econômica e de desenvolvimento humano (ONU, 1997). O relatório de 1999 do programa das Nações Unidas para o desenvolvimento atestou este problema, o Brasil foi o 79º entre 174 países no ranking de desenvolvimento humano (IDH) daquele ano, devido a sua alta concentração de renda. (Folha de São Paulo, 11 de julho de 1999).

Estudos nacionais demonstram que a vinculação de renda com o estado de saúde tem sido cada vez mais fortemente estabelecida, como no estudo comparativo entre regiões na cidade de São Paulo, comprovando ser as conseqüências da poluição atmosférica muito piores para a população que se alimenta mal e vive em condições econômicas e ambientais precárias. (MIGUEL, 2002)

Segundo o relatório de 1999 do Pnud, 15,8% da população brasileira ou 26 milhões de pessoas não tinham acesso às condições mínimas de saúde, educação e serviços básicos.

Escolhido o objeto de estudo, optou-se que a perspectiva deste trabalho seria analítica, menos no sentido histórico de traçar a trajetória das conferências ou elaborar uma contextualização dos relatórios analisados, mas principalmente em verificar como cada Conferência conceitua e aplica o termo equidade na análise ou avaliação da situação de saúde do país e também se esta forma de apropriação do conceito vem contribuindo para sua utilização como um critério ou meio, para a tomada de decisão em políticas públicas que interfeririam em indicadores como os acima mencionados.

O trabalho também possui uma perspectiva histórica na medida que assume como grande marco a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e referencia todas as conferências realizadas em ordem cronológica. Buscou-se entretanto, uma perspectiva mais antropológica de análise, na medida em que o sentido do termo equidade para os participantes das 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde, expressos nos seus respectivos relatórios, constituiu o principal foco de interesse.

A hipótese que orienta este estudo é que a emergência do ideário da Promoção da Saúde em meados da década de 90, que tem como princípio básico a equidade, levasse à gradativa retomada e popularização deste valor ético no meio sanitário em geral e especificamente em relação às Conferências Nacionais de Saúde, assumisse uma dimensão pragmática nas proposições de diretrizes de políticas públicas. A própria democratização do país que permitiu uma discussão e exposição mais ampla de estudos nacionais e internacionais reforçaria a mobilização em torno deste valor ético, uma vez que colaborava para a avaliação das condições de vida e saúde das populações brasileiras, apontando áreas ou territórios que se configurariam em verdadeiros bolsões de exclusão social e para os quais a questão da equidade assumiria um lugar privilegiado nas discussões da determinação social da saúde e conseqüentemente das propostas de políticas públicas necessárias.

O objetivo deste estudo é analisar os relatórios das 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde verificando a incorporação e utilização do conceito equidade em saúde, princípio básico da Promoção da Saúde no Brasil, um dos aspectos com o qual as Conferências devem estar comprometidas, inclusive por determinação constitucional. E tem sua estruturação em uma abordagem na qual os relatórios da 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde compõe o objeto de estudo, a Política é o contexto, a Promoção da Saúde é a estratégia e a concepção da equidade é o foco, sobre o qual foram feitas as reflexões e análises a partir dos sentidos dados a utilização deste termo nas discussões e propostas que constam destes relatórios.

## 1.1. POLÍTICA COMO CONTEXTO

### 1.1.1. A política e o direito à saúde no Brasil

A contextualização da saúde como um problema político parece um caminho natural quando se assume a visão Aristotélica de política e de Estado. Este autor há muitos séculos considerava a política em seu sentido mais amplo, o processo de associação e organização de uma sociedade num território dentro de valores éticos onde se assume o pressuposto de política como a busca do bem viver de uma sociedade num espaço definido. Para este autor *“a finalidade do Estado é a felicidade na vida”* e é a amizade que leva os homens à vida social. (ARISTÓTELES, 2002)

DALLARI (1995), não se afastando muito do conceito Aristotélico mas completando-o, conceitua Estado *“ao mesmo tempo como um fato social e uma ordem, que procura atingir seus fins com eficácia e justiça”*. E acrescenta como orientações para a variedade dos conceitos de Estado as *noções de força e natureza jurídica*.

A Constituição brasileira de 1988 apresenta em seus princípios fundamentais a República Federativa do Brasil como um Estado Democrático de Direito incluindo nesta concepção fundamentos das teorias contemporâneas de Estado como a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho, da livre iniciativa e o pluralismo político. Sem dúvida tamanha amplitude faz do conceito Estado Democrático de Direito um objeto de desejo utópico, mas do qual pode-se almejar uma constante aproximação para gerar o desenvolvimento de um processo civilizatório.

ROMANO (2001) dá algumas pistas de como o Estado de Direito poderia

transformar o patamar de utopias em ações concretas encaminhando-o para o desenvolvimento. Segundo o autor *“Cabe ao Estado, reunião de todos os indivíduos, classes, movimentos, verificar, através da inspeção permanente dos hábitos e valores dos grupos, quais práticas e signos são adequados ou nocivos ao todo social. Só o Estado possui três faces essenciais para garantir os grupos particulares e ao mesmo tempo garantir o coletivo maior em que eles se inserem.”* Estas três faces que se configuram em monopólio desta instância coletiva que é o Estado são a do uso da força física, da produção da norma jurídica e da gestão e alocação do excedente econômico.

Para BOBBIO (1994) esta concepção de Estado se enquadra no âmbito de um modelo que concebe uma teoria racional onde o Estado e em geral o direito público constitui a parte final da teoria do direito. A construção racional de uma teoria do Estado significa prescindir de argumentos teológicos para explicar a origem da sociedade humana, partindo do estudo da natureza humana, das paixões, dos instintos, dos interesses que fazem do homem um ser sociável/insociável.

Conforme este autor, a maior dificuldade para uma teoria racional de Estado está em *“ conciliar dois bens a que ninguém está disposto a renunciar e que são ( como todos os bens últimos) incompatíveis: a obediência e a liberdade.”* Esta mesma problemática pode ser apreendida em SANTOS (2001) com os termos regulamentação e autonomia.

BOVERO (1994) observa que na perspectiva do modelo acima *“ ... a sociedade não tem outra figura real além da figura política, fora da qual não se dá propriamente vínculo social; e a sociedade civil é ao mesmo tempo, sociedade e Estado...”* e reconhece como problema fundamental da vida social neste modelo

*“... a contraposição entre indivíduo e Estado, nas formas de integração do indivíduo no coletivo e de composição do conflito entre liberdade e poder.”*

Nestas visões ampliadas de política onde político e social quase podem ser considerados sinônimos, o direcionamento das questões envolvendo a saúde de grupos e indivíduos que constituirão o capital social de um país, se delineia um campo de conhecimento, o campo da Saúde Pública.

De acordo com TARRIDE (1998) , a Saúde Pública constitui-se em um âmbito de reflexão permanente, mais do que uma disciplina, a partir do qual podem surgir discursos que iluminem as decisões orientadas ao melhoramento da qualidade de vida das pessoas e por ser complexa necessita de uma reflexão interdisciplinar, seu principal instrumento.

Em Estados com grandes desigualdades sociais como é o caso do Brasil, a própria noção de povo e sociedade ficam comprometidas. O ordenamento jurídico é um passo fundamental e num sentido lógico, deve realmente ser o primeiro passo para a reorganização de uma sociedade, mas por si só não garante a mudança da realidade.

O Brasil tem uma legislação reconhecida no mundo inteiro pelo valor ético de suas construções, mas que muitas vezes não é cumprida ou de certa forma pouco aplicada. As questões de direito do cidadão, as desigualdades nas oportunidades que permeiam o contexto diário de parte do povo brasileiro atestam este desvio. Fica claro que uma sociedade fragmentada por injustiças sociais seria a própria negação da política e causa de grandes conflitos.

Apesar de no Estado Brasileiro, nos termos de sua Constituição Federal, Art. 196 a saúde ser um direito de todos e dever do Estado, e *“garantido mediante*

*políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”*, vários autores em trabalhos e pesquisas, como PRADO (2000) e L’ABBATE (1990), mostram as dificuldades do direito constitucional à saúde ser incorporado por diversos grupos de cidadãos brasileiros.

Para SEIXAS (2000) a atual Constituição Federal é uma norma jurídica ainda muito recente e a concretização do compromisso público com a saúde de toda a população insere-se como algo novo na história deste país e em seu contexto cultural, este entendido como o conjunto dos valores, padrões, usos e costumes corriqueiros do povo. Portanto, o empenho no conhecimento e nas medidas de superação dos problemas de saúde e dos seus determinantes múltiplos, próprios e de seus concidadãos, tanto no âmbito das elites dirigentes quanto no âmbito dos cidadãos comuns não está ainda consolidado.

A ausência de base cultural é um ponto de fragilidade para a viabilização e sustentabilidade política do Sistema Único de Saúde, especialmente na sua implantação e governabilidade no sentido de um desenvolvimento social. Esta nova concepção de sistema de saúde para o Brasil de fato é um desafio *“em uma sociedade como a nossa, com uma formação civil conturbada, dona de um passado de subserviência e opressão, tornou-se difícil a compreensão do real significado da saúde, dos seus direitos e da luta por sua obtenção.”* (WESTPHAL, 1992)

Esta realidade também é colocada por TELLES (1999) quando afirma que mesmo uma parte considerável de brasileiros ainda vivendo a margem dos direitos, a condição de pobreza extrema é vista naturalizada como parte de um cenário, no qual a cidadania acaba por não se concretizar nas condições de vida de diversos

grupos sociais.

O que de alguma maneira pode explicar a lentidão da incorporação da prática dos direitos sociais em nossa sociedade é o fato destes direitos terem entrado na agenda política do Brasil, revestidos do sentido da universalidade, muito depois que a conquista universal dos chamados direito políticos como o direito ao voto, numa ordem inversa a da maior parte das sociedades modernas.

BARROS (1996), citado por PRADO (2000, p.55), afirma: *“Enquanto os direitos civis e políticos são direitos regulatórios e estão referidos a pessoas abstratas, os direitos sociais são redistributivos e dizem respeito a pessoas concretas e seu exercício não é garantido pela existência do reconhecimento e da norma. Por isso se constitui o Estado de Bem-Estar; as suas instituições seriam a contrapartida material dos direitos sociais.”*

Para HADDAD (2000) a demanda da sociedade civil em participar nos desafios e nos destinos da política se traduz na própria construção dos direitos. O movimento de participação da sociedade civil, num contexto de reforma e de democratização do Estado e da sociedade brasileiros se expressou na luta pela democratização não só nas relações intersociais, mas também nos espaços públicos. Assim, as Conferências Nacionais de Saúde se transformaram em um canal de participação.

### 1.1.2 . A política Nacional de Saúde e o papel das Conferências Nacionais de Saúde

Do ponto de vista da atual política nacional de saúde o Movimento pela

Reforma Sanitária no Brasil e a 8ª Conferência Nacional de Saúde foram fundamentais e esta pode ser considerada como o resultado do desenvolvimento de um novo pacto entre os atores governamentais e sociais no âmbito da saúde (GOULART 1996).

O grande foro de discussão e acompanhamento da Reforma Sanitária, que se institucionalizou através da lei nº 8.142 de 1990 foram as Conferências de Saúde, momento e lugar onde oficialmente as reflexões sobre saúde e as políticas necessárias para desenvolvê-la poderiam estar ocorrendo com a participação direta da sociedade. As Conferências Nacionais de Saúde, existentes no país desde 1941, deixaram de ser o espaço de discussão apenas da administração pública, mas um local onde deveria ocorrer o diálogo entre a gestão pública, os trabalhadores do sistema de saúde e a população usuária deste sistema. A 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde passam a ser instâncias de participação direta e exercício deste direito. A lei nº 8142 de 1990 definiu como objetivo das Conferências de Saúde, com a representação de vários segmentos sociais, “... *avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis correspondentes,...*”

#### 1.1.2.1. As Primeiras Conferências Nacionais de Saúde

As Conferências Nacionais de Saúde, assim como as de Educação, foram instituídas em 1937, numa reorganização do Ministério da Educação e Saúde Pública pela lei Nº 378. Esta medida visava “*facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde realizadas no País e orientá-lo na*

*execução dos serviços locais de educação e saúde, bem como na concessão de auxílio e subvenção federal*". Entretanto a 1ª Conferência Nacional de Saúde só ocorreu em 1941 e a 2ª Conferência em 1950. (CAMPOS 1988)

Tanto a institucionalização quanto a realização da primeira conferência ocorreram durante o Estado Novo de Vargas (1930-45), época caracterizada por uma tendência acentuada na direção de consolidar o poder central com o objetivo de uniformizar e organizar o serviço público de acordo com um padrão nacional. (NORONHA 1994)

Anteriormente ao Ministério da Educação e Saúde Pública havia a Diretoria Geral de Saúde Pública que foi criada em 1897 e estava subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Em 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde, num processo de institucionalização da Saúde Pública na República. Em 1930/31 a subordinação deixa de ser ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública. E em 1953 foi criado o Ministério da Saúde (ALMEIDA 1995).

Para NORONHA (1994), o período desenvolvimentista (46-64) permitiu uma experiência de exercício de democracia e de um federalismo efetivo com tendência descentralizante no relacionamento da União com os níveis subnacionais de governo, mas não trouxe mudanças profundas na natureza do sistema de saúde.

Para WESTPHAL (1992) na 3ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1963, iniciou-se oficialmente a discussão de um modelo descentralizado de organização de serviços e do processo de municipalização, mas ressalta que naquele momento esta discussão foi considerada elucubrações de teóricos "*idealistas utópicos*". Na concepção destes, que partilhavam dos pressupostos

desenvolvimentistas, a saúde estava situada como um problema de estrutura e sua solução dependia do avanço tecnológico.

O debate acima foi oficialmente interrompido pela Revolução de 1964 e os subsequentes 20 anos de ditadura militar. Este regime teve como característica fundamental a reversão de uma tendência a descentralização observada no período anterior, oficialmente provocou mudanças nos modelos de Saúde Pública e medicina previdenciária, baseando-os na generalização do modelo de cuidados médicos individuais como padrão de saúde. (NORONHA 1994)

Durante este período foram realizadas quatro conferências. A 4<sup>a</sup> Conferência foi realizada em 1967, tendo como tema central “Recursos Humanos para as Atividades de Saúde”. A 5<sup>a</sup> e a 6<sup>a</sup> Conferências realizadas na gestão do Ministro Paulo de Almeida Machado em 1975 e 1977, durante a presidência do General Ernesto Geisel. Em seu discurso, durante a instalação da 5<sup>a</sup> Conferência, o Ministro ressaltou a presença dos secretários de saúde de todas as unidades federadas, assim como a recente criação do Conselho de Desenvolvimento Social. No discurso da instalação da 6<sup>a</sup> Conferência foi ressaltada a presença do Presidente da República demonstrando uma preocupação prioritária por saúde para a recuperação da legitimidade de seu governo. Neste período, pela primeira vez se respeitou os prazos máximos de dois anos entre as realizações das conferências de acordo com a lei de 1937. (DATASUS)

A 7<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde foi instalada pelo Presidente da República, João Baptista Figueiredo, em 1980 e teve por objetivo o debate de temas relacionados com a implementação e o desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) do Ministério da Saúde e do Ministério

da Previdência e Assistência Social. (CAMPOS 1988).

Um dos sustentáculos do Movimento Sanitário neste período de regime militar foram as atividades extra-oficiais que aconteciam nos “porões” das universidades, favorecidas pela Reforma Universitária de 1966 que exigiu a criação de Departamentos de Medicina Preventiva nas Faculdades de Medicina. Nestes centros foram desenvolvidas experiências de medicina comunitária, muitas delas com apoio externo, entre outras, da Organização Panamericana de Saúde. Questões como regionalização, hierarquização, racionalização no uso de recursos, organização dos serviços no sentido de voltá-los às necessidades de saúde da população e democratização dos serviços pela participação popular continuaram na pauta fazendo parte das reflexões de alunos, professores e segmentos organizados da população. (WESTPHAL 1992)

De acordo com Yunes (1986), citado por WESTPHAL (1992), neste período várias propostas alternativas em saúde foram tentadas para *“superar com grande esforço os obstáculos colocados pelo esvaziamento financeiro e pela política repressiva existente”*. Segundo Fleury, citado por WESTPHAL (1992), nesta fase *“o movimento sanitário começou a buscar explicitar, para além do nível ideológico, suas propostas para a reestruturação do sistema de saúde, que assumiram um caráter bem mais pragmático”*. Logo após a 7ª Conferência foi posto em prática o Plano das Ações Integradas da Saúde (AIS) desenvolvidas pelo Conselho Nacional de Administração Previdenciária (CONASP) precursor do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e do atual Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o início do processo de redemocratização do país na década de 80 e os resultados do desenvolvimento das AIS, foi possível uma mobilização para o

acontecimento da 8ª Conferência Nacional da Saúde.

### 1.1.2.2. A 8ª Conferência Nacional de Saúde

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada em 1986 para subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte nos aspectos da saúde na nova Constituição e leis subsequentes. Nesta conferência foram expressas as propostas construídas ao longo de quase duas décadas pelo chamado “movimento sanitário” e que serviram de base para a nova Constituição Brasileira, promulgada em 1988, como *“um conjunto de princípios e diretrizes extraídos não da prática corrente e hegemônica, mas propondo uma nova lógica organizacional”*. (BUSS 1995)

Para SAMPAIO<sup>1</sup>, as reformas desejadas pelo movimento sanitário brasileiro para o setor saúde ocorrerão par e passo com as mudanças do próprio Estado brasileiro, permitindo concluir que o objetivo deste movimento não foi apenas a reforma de um setor, mas sim do Estado.

Existe um consenso sobre o importante papel desta conferência na nossa atual constituição (CASTRO,1999; ALMEIDA,1995; GOULART 1996). Somente nesta Constituição federal se explicitou a saúde como um direito de todos cidadãos brasileiros e dever do Estado, fornecendo um ordenamento jurídico para a concretização deste direito.

O movimento sanitário estava em sintonia com a democratização pela qual passava o país. Discutia-se a elaboração de uma nova constituição e preparava-se

---

<sup>1</sup> Almeida, ES. Comentário realizado em sala de aula. Faculdade de Saúde Pública -USP 2002.

para eleger diretamente o presidente da nação. Este espírito democratizante estava presente na 8ª Conferência, conforme atesta seu regimento que abriu a participação a novos tipos de delegados representantes da sociedade civil, como representantes de sindicatos de trabalhadores rurais e urbanos e representantes de instituições, além de permitir a inscrição na condição de participante de qualquer pessoa.

O relatório da 8ª Conferência apresenta uma concisão que aponta para existência de consenso entre os participantes, sem deixar de destacar aspectos polêmicos como a natureza do novo Sistema Nacional de Saúde, se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. Mas de fato, o consenso almejado era de aspecto doutrinário, onde se buscou definir os princípios que deveriam nortear as reformas políticas desejadas, nem sempre enfrentando a diversidade de propostas quanto às formas de implementação. Seus temas foram Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial.

Neste relatório, o tema “Saúde como Direito” trazia basicamente o princípio da saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.” E a clareza de que “direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.”

No tema “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” foi sugerida criação de um Sistema Único de Saúde como um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde da previdência. O relatório apresentou os princípios que deveriam reger a organização dos serviços, as condições de acesso e qualidade e a política de

recursos humanos.

Entre estes princípios destacamos:

*“- participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde;*

*- descentralização através do fortalecimento do papel do município;*

*- universalização em relação à cobertura populacional a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas;*

*- equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção.”*

Destaca-se a que a verificação de áreas carentes ou totalmente desassistidas deveria indicar a priorização das ações, onde a percepção das desigualdades gerariam a intervenção. Assim, o fim é a universalização e o meio a priorização dos que estariam em desvantagem, propiciando uma utilização instrumental da percepção das desigualdades na cobertura populacional.

No terceiro tema, “Financiamento do Setor”, foi proposto a constituição de um orçamento social com os recursos destinados às políticas sociais dos diversos ministérios com prefixação de percentual mínimo para a saúde. Foi também reafirmado o princípio da descentralização orçamentária, que deveria se concretizar mediante uma reforma tributária.

A incorporação dos princípios estabelecidos e expressos na 8ª Conferência pode ser verificado no Art. 196 da atual Constituição Brasileira, onde encontramos a concepção ampla da saúde como direito social: *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e*

*serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Esta incorporação também está presente no Art. 198, que define os pressupostos norteadores das ações : “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado com as seguintes diretrizes:*

*I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*

*II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*

*III - participação da comunidade”*

O estabelecimento da saúde como um direito social de todo cidadão brasileiro, independente de qualquer outra condição, como por exemplo um vínculo empregatício formal, representa um ponto de ruptura em relação aos modelos anteriores dos sistemas vigentes de saúde neste Estado. Não é difícil de acreditar em quem afirma que foi a partir desta conferência que a saúde pública brasileira passa a ser tratada em sua efetiva dimensão política.

Após 1988 as diretrizes e princípios para a política de saúde brasileira defendidos na 8ª Conferência estavam definidos na Constituição Federal. Este fato poderia resolver uma série de conflitos, o que não acontece por um motivo simples - os princípios morais não são auto-aplicáveis.

Neste trabalho a 8ª Conferência e a Constituição Federal de 1988 foram tomados como marcos referenciais para a discussão de políticas públicas e sua relação com a saúde e é a partir destes marcos que a discussão de equidade se dará. Assume-se que a questão passa a ser muito menos doutrinária, pois os princípios doutrinários estão agora explicitados constitucionalmente, devendo a abordagem à questão ter um caráter mais pragmático. A partir deste marcos as Conferências

deveriam se preocupar em materializar a discussão, com base nos princípios definidos, apresentando os caminhos de sua aplicabilidade. Pois como declarado na 8ª Conferência *“saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.”*

De fato, a não ser que se fique no ideário dos direitos universais do homem, só se pode falar de direitos sociais abordando as relações de um Estado com a sociedade que o constitui, onde a materialização desta relação se dá através das políticas públicas.

Porém, reconhecendo-se a importância do relatório desta 8ª Conferência como fonte de princípios doutrinários incorporados na Constituição Federal como a responsabilidade política sobre a saúde e a ampla determinação desta, também pode-se reconhecer a existência de equívocos e desvios, que se mantiveram nos relatórios das Conferências subsequentes.

A ampla determinação da saúde pode levar a uma armadilha, muitas vezes encoberta por boas intenções, onde na legítima luta pelo desenvolvimento político da saúde, as opiniões assumem uma postura emocional em relação às ideologias, fazendo com que as paixões obscurecem a razão justamente na compreensão da determinação social do processo saúde-doença. Este relatório que buscou ser conciso e se ater apenas a princípios doutrinários, expressa por exemplo, uma crítica ao privilégio de outros setores que não a saúde, no caso o setor energético. Mas agora, passada a crise de oferta de energia do final da década de 90, quando as taxas de crescimento econômico e geração de emprego, condições necessárias embora não suficientes para o desenvolvimento social da saúde, sofreram ainda maiores

reduções, esta proposição mostrou-se uma opinião equivocada.

Este relatório também coloca de maneira dogmática que *“para assegurar o direito à saúde a toda população brasileira é imprescindível:*

(...)

- *“suspender imediatamente o pagamento dos juros da dívida externa...”*, fazendo crer que a suspensão de pagamentos dos juros não causaria nenhum problema a economia brasileira, mesmo com sua dependência ao capital externo, dando a impressão que “sobraria” mais dinheiro para investir em saúde. Embora bastante imatura, percebe-se que esta postura influenciou os relatórios subsequentes, mas acredita-se que com a eleição e posicionamento do novo governo federal haverá o clima necessário para discussões mais arejadas.

Naquele momento fazia parte da discussão pré-constituente a definição se os serviços de saúde seriam ou não abertos a iniciativa privada, por isso foi proposto a intensificação da mobilização popular para a inclusão da saúde como uma questão prioritária e sua defesa como um direito, contra a *“mercantilização da saúde”* e melhoria dos serviços públicos. O termo mercantilização de fato tomou uma conotação excessivamente negativa, dificultando futuros amadurecimentos nas reflexões sobre custos na saúde, assim como sobre as relações da sociedade com o mercado, inclusive sobre os caminhos de não se onerar os cofres públicos e produzir redistribuição dos recursos públicos com mais equidade.

Embora no fundo destas questões esteja a existência de uma dificuldade cultural brasileira em relação a custos e dinheiro, concorda-se com NOGUEIRA (1994), quando este afirma que *“encontra-se uma disjunção verificada quando se diz que a saúde não tem preço (o que todos reconhecem), mas tem custos (o que é*

*dramaticamente vivenciado pelos provedores de serviços)*”, e não há alternativa senão a inclusão desta discussão e o enfrentamento desta barreira cultural, lidando-se politicamente com a questão dos custos nas Conferências, principalmente os estatais, reconhecendo-se a dimensão mercadológica do setor saúde, tanto como um mercado de trabalho como também de produção de bens e serviços.

De acordo com WESTPHAL (2000b), muitos dos pressupostos desta Conferência que passaram a fazer parte da Constituição brasileira deveriam ser interpretados no sentido de se recuperar o valor ético da vida com qualidade, mas isto não continuou sendo desenvolvido. Para a Promoção da Saúde, a saúde precisa ser entendida como uma produção social, resultado de “*políticas econômicas e sociais*”, mas esta leitura foi relegada a um segundo plano, passando as questões de assistência biomédica a ocupar o palco de todas as preocupações do Estado e do Movimento Sanitário. Na década de 90, quando o ideário de Promoção da Saúde discutido internacionalmente, mais especificamente na Europa e Canadá, chega ao Brasil, estas questões voltam a tona e passam a ser tema de discussões e revisões de estratégias.

## 1.2. A PROMOÇÃO DA SAÚDE: PRINCÍPIOS ÉTICOS E UMA ESTRATÉGIA POLÍTICA

Para CASTRO (1999) o movimento sanitário teve forte influência na atual constituição, contribuindo para um consenso político em torno de três aspectos principais :

- conceito abrangente de saúde, não apenas como negação da doença ou afirmação de sua determinação apenas biológica, assumindo-se a determinação social, econômica e política do processo saúde-doença.
- saúde como direito de cidadania e dever de Estado
- a necessidade da instituição de um sistema público de saúde para atender este direito.

Ao se estabelecer constitucionalmente a saúde como questão de cidadania, um direito social, é necessário avançar do campo macro-político para o campo prático das políticas públicas, quando a realidade de um território e de uma população deve se impor. É no enfrentamento da realidade, com a construção dos meios e a aparelhagem do Estado - através de instituições capazes de fazer a aproximação dos ideais às práticas- que será possível a consecução da saúde como direito de cidadania e dever do Estado. No caso brasileiro há um desenho institucional e doutrinário bastante avançado e complexo, o Sistema Único de Saúde, porém com muito a avançar em sua aplicação.

A evolução político institucional do Brasil permite que a discussão das questões ligadas à saúde ganhe maior aprofundamento e amplitude. A percepção da ampla determinação no processo saúde-doença, atualmente fazendo parte de nosso contexto

político é um princípio absolutamente consensual no campo teórico da Saúde Pública, embora nem sempre de fácil aplicação por ter um sentido bastante difuso. Para que a saúde se concretize são necessárias proposições que se mobilizem pelo princípio ético de responder às necessidades sociais no marco da universalização de direitos fundamentais, considerando o direito a saúde como o direito fundamental à vida. Entretanto, é necessário considerar uma dificuldade estrutural importante: as responsabilidades em relação às várias determinantes da saúde tendem a estar cada vez mais fragmentadas nos diferentes círculos de poder de uma sociedade, cada vez mais complexa e problemática.

Incorporou-se a perspectiva da Promoção da Saúde neste estudo como um princípio ético, quando se assume a equidade como valor fundamental, acompanhado pela solidariedade, cooperação, tolerância, confiança mútua e justiça social. Estes valores devem orientar a estratégia de enfrentamento das questões atuais de saúde na sociedade global contemporânea e se expressam em diferentes campos de intervenção, internos e externos ao setor saúde. Nesta visão a Saúde Pública é o enfrentamento, o campo de conhecimento responsável pela teorização da intervenção humana no estado de saúde das populações e a Promoção da Saúde seria uma nova estratégia para este enfrentamento tendo as políticas públicas como um instrumento fundamental. (CAMPOS, 2000)

GENTILE (2001) afirma que a idéia de “promoção da saúde” não é algo novo, pois a medicina grega nunca se resumiu apenas à cura das doenças e para o médico grego, a saúde exprimia a condição de harmonia entre as várias forças ou elementos constituintes do corpo humano, cuja perturbação resultava em doença .

O que talvez seja mais recente é a ênfase que vem ganhando o caráter social

das intervenções de Saúde Pública frente aos aspectos médico-curativos. Para a construção destas intervenções existe a necessidade de uma nova estratégia que considere a saúde também por um lado mais positivo, não meramente como ausência da doença, mas principalmente como um estado potencial de contínua evolução que se dá além dos limites biológicos da existência humana, seja individualmente ou coletivamente. Esta significação se expressa no próprio termo promoção da saúde, onde está presente a idéia da saúde como resultante da vontade humana e dos processos sociais.

Foi a dificuldade de resolver os problemas das desigualdades dos níveis de saúde devido à multi-causalidade dos mesmos, que trouxe a tona nos anos 90 a necessidade de novas abordagens no campo do conhecimento da Saúde Pública. SANTOS e WESTPHAL (1999) adotam o termo “nova saúde pública” para a abordagem que se contrapõe à hegemonia da terapêutica como solução para todos os males que podem atingir o corpo do homem .

Na Europa e Canadá essa discussão havia se iniciado na década de 70. Depois de anos de discussão, a Associação Canadense de Saúde Pública definiu que a atribuição dos profissionais de Saúde Pública é realizar a promoção da saúde, prevenção de doenças e proteção da saúde para a comunidade. A recuperação das discussões, que na verdade já ocorriam no mundo desde o século XVIII, apontaram para o seguinte agrupamento dos amplos determinantes da saúde:

- ambiente social e econômico,
- ambiente físico,
- serviços de saúde,
- influências biológicas,

- comportamentos e habilidades em saúde (CPHA,2001).

Pode-se constatar que a Constituição Federal de 1988 em seu capítulo saúde, movida pelos ideais do Movimento Sanitário e de outros movimentos sociais, adotou as mesmas atribuições para a Saúde Pública no Brasil.

Na Inglaterra, autores como BUNTON, NETTLETON, BURROWS (1996) vêm construindo uma sociologia da Promoção da Saúde a partir de uma análise crítica do consumo, estilo de vida e risco. Chamam atenção que para entender a emergência da Promoção da Saúde na atualidade é necessário situá-la numa visão com as práticas de consumo contemporâneas. Fazem uma crítica de algumas práticas denominadas do campo da Promoção da Saúde voltadas para a mudança de estilos de vida, numa perspectiva muito individualista, argumentando que esta abordagem é frágil por não considerar as restrições colocadas pela estrutura social para a adoção dos estilos de vida preconizados como saudáveis, bem como enfatizam a importância do papel da cultura de consumo na determinação dos desejos e preferências dos indivíduos e das coletividades em termos de saúde.

Para os autores acima, o reconhecimento da importância destes fatores e condições explicam a mudança que vem ocorrendo em muitos países, que adotaram como práticas de seus sistemas de saúde a utilização de dados de pesquisa que orientam a identificação das necessidades a partir de dados sócio-culturais e epidemiológicos, objetivando o planejamento das ações de coletivos, ou definições de políticas, mais do que ações individuais.

Enfim, em diversas partes do mundo foram se delineando novos paradigmas no campo da Saúde Pública motivados pelo desenvolvimento das diversas disciplinas que compõem este campo tanto na abordagem das dimensões objetivas como subjetivas e

que buscam dar respostas aos desafios de sociedades cada vez mais complexas.

ROCHA (2001) em sua pesquisa junto a vários estudiosos da Promoção da Saúde no Brasil aponta as Cartas das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde como importante referencial teórico desta área da Saúde Pública.

Em 1986 foi realizada em Ottawa a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, sendo esta apresentada com a seguinte definição: “Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”, destacando-se nesta definição outro ponto fundamental para a promoção da saúde que é a participação social (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001).

Com base no conceito amplo de saúde e no conceito de Promoção da Saúde de Ottawa, também em 1986, o Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde criou o Projeto Cidades Saudáveis com o propósito de construir um movimento por uma nova saúde pública nas cidades da Europa. Estabeleceram quatro objetivos para as políticas: visibilidade para a saúde, mobilização e decisão política, mudança institucional e ação inovadora para a saúde. Em 1988 foi estabelecido um plano quinquenal centrado em cinco eixos: equidade em saúde, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento ambiental para a saúde, reorientação dos serviços de saúde e da saúde pública e políticas saudáveis para as cidades saudáveis. (CARVALHO 1996)

Na Declaração de Adelaide, em 1988, a intenção foi chamar a atenção para as políticas públicas saudáveis como um instrumento fundamental para produzir saúde socialmente. Elas foram definidas neste documento como “*As políticas públicas*

*saudáveis caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitas de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população. ( .... ) As políticas saudáveis facilitam opções saudáveis de vida para os cidadãos. Criam ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde". (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2001).*

Na declaração de Jacarta, em 1997, se ratifica a idéia de cinco grandes estratégias para a promoção da saúde: elaboração de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, desenvolvimento de habilidades, reforço da ação comunitária, reorientação dos serviços de saúde e acrescenta a construção de parcerias e alianças para fortalecer uma rede universal de proteção social que explicita o dever dos Estados na garantia dos direitos sociais e incorpore outras instituições da sociedade, organizações não governamentais, privadas e famílias, nesta mesma rede de solidariedade e cooperação pela equidade e melhoria de qualidade de vida da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001).

Na V Conferência Mundial de Promoção da Saúde realizado no México em 2000, foi evidenciada a necessidade de focalizar os determinantes da saúde para a construção de um mundo mais equitativo. (ANDRADE e BARRETO 2001)

A partir da conferência de Ottawa e nas seguintes em Adelaide, Sundsvall, Bogotá, Jakarta e México foram se estabelecendo os marcos referenciais para a Promoção da Saúde, podendo-se abstrair da leitura das respectivas Cartas os seguintes princípios da Promoção da Saúde: participação social, equidade, sustentabilidade e intersetorialidade. Este conjunto de princípios que em sua essência é moral, seriam os valores que passariam a nortear as intervenções no campo da saúde, na visão estratégica da Promoção da Saúde

Assim como os demais conceitos, participação social é bastante plurívoco, mas pode-se afirmar que na sua essência se aproxima do sentido de democracia, onde as pessoas envolvidas nas diversas atividades da vida social possam atuar ativamente tanto nas questões que dizem respeito ao indivíduo como à comunidade.

Em Ammann, citada por WESTPHAL (1992), encontra-se participação social conceituada num sentido amplo como “*o processo mediante o qual as diversas camadas sociais tomam parte na produção, gestão e usufruto de bens e serviços de uma sociedade historicamente determinada*”. Esta definição aponta para o aspecto político de se ir além da conquista de canais de representatividade, possibilitando também as práticas de participação direta, diminuindo assim as desigualdades profundas desta participação no Estado brasileiro. A autora conceitua participação como uma ação direta dentro do paradigma de desigualdade intrínseca dos seres humanos, considera o associativismo e os agrupamentos voluntários como uma forma indireta de participação que pode, dependendo do momento da sociedade e suas formas de luta, mediar o processo direto viabilizando o acesso à direção e distribuição dos bens da sociedade.

Demo, também citado por WESTPHAL(1992), dá ênfase a interpretação política ao considerar participação como um processo contínuo de conquista de mais poder para negociar mais participação no sentido apresentado por Ammann.

A autora aponta neste processo de luta pelo poder para as contradições que estarão se manifestando entre as classes sociais e também àquela inerente a organização política, onde o Estado é simultaneamente considerado inimigo potencial das liberdades individuais e condição para o exercício desta mesma liberdade, destacando as dificuldades da participação se enraizar em sociedades onde

a cultura política tem uma história colonial e componentes como populismo e clientelismo.

Para DOWBOR (1999) é condição fundamental para ocorrer a participação que a gestão dos bens públicos aconteça de maneira descentralizada. Sendo as áreas sociais necessariamente capilares, onde por exemplo a saúde deve se dirigir ao atendimento das necessidades de cada criança, de cada família em condições muito diferentes, uma gestão centralizadora de um mega sistema como o Estado brasileiro inviabiliza a consecução dos objetivos de saúde tornando praticamente impossível a participação direta.

De acordo com WHITEHEAD (1990) o princípio da equidade em saúde tem dimensão ética e moral e se refere às diferenças evitáveis e desnecessárias e que também podem ser consideradas injustas. Este tema será tratado com maior profundidade mais a frente.

Sustentabilidade de fato é uma sintetização do termo desenvolvimento sustentável e como pressuposto da Promoção da Saúde traz a conexão da saúde com o meio ambiente, num reconhecimento de ser impraticável a saúde em ambientes degradados ou promoção da saúde sem a preservação do meio ambiente.

Especialmente após 1970, os problemas ambientais ganharam visibilidade nos debates científicos e nas agendas governamentais, empresariais e dos movimentos sociais com destaque aos ambientalistas. Esta visibilidade acontece em função dos acúmulos dos problemas ao longo do tempo e também da intensificação do uso destrutivo da natureza. Ficou explícito que há limites naturais que não eram considerados no ideário do desenvolvimento da produção de mercadorias e na forte crença de que a ciência, com o tempo tudo poderia resolver. Existe um descompasso

entre os tempos de formação, evolução e ambientação dos ecossistemas com o tempo sócio-histórico do uso dos recursos naturais. (RODRIGUES 1996)

AMSTALDEN (1996), citando Guimarães, afirma que o que há de comum nas discussões sobre sustentabilidade é a necessidade de garantir recursos e qualidade ambiental para as gerações atuais e futuras e que a sustentabilidade teria as dimensões social, política, econômica, ambiental e ecológica, cada uma com suas delimitações e especificidades.

WESTPHAL (2001) amplia o conceito de sustentabilidade em Promoção da Saúde interligando-o ao de participação social, onde as premissas da construção de uma sociedade sustentável devem estar centradas no exercício de uma cidadania ativa e na mudança de valores individuais e coletivos. *“Um programa e projeto de Promoção da Saúde precisa ser estável no tempo e não como um cometa que aparece no espaço e se esvai. Precisa formar raízes novas, estabelecidas em uma concepção democrática de uma sociedade mais justa, pois só assim estaria se convertendo em algo novo, que poderá melhorar as condições de vida e saúde da população”*.

Se a saúde é o resultado da conjunção de vários aspectos relacionados às condições de vida e trabalho, é necessário para se pensar na Promoção da Saúde em algum conceito que dê conta da relação das diversas dimensões da determinação da saúde. Este conceito é a intersectorialidade.

Para JUNQUEIRA e INOJOSA (1998) a intersectorialidade pode ser entendida como *“a articulação de saberes e experiências no planejamento, a realização e a avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social.”* Para estes

autores a intersectorialidade se daria numa perspectiva administrativa entre os diversos setores da sociedade que dizem respeito às questões de saúde em uma visão mais ampliada. A relação do setor saúde com os demais setores como o setor educação e o setor habitação entre outros, permitiria a pactuação em torno das necessidades a serem atendidas, ampliando as potencialidades dos aspectos trabalhados tanto na esfera individual como coletiva, institucional e ambiental.

Uma outra visão mais ampla de intersectorialidade seria a da relação decorrente da divisão da sociedade em três grandes setores, o primeiro seria o estatal, o segundo o mercado lucrativo e um terceiro setor seria composto por organizações não lucrativas e não governamentais com caráter privado, associativista e voluntarista voltada para a geração de bens e serviços públicos de consumo coletivo. (ALVES 1999)

Mas para outros autores, como MONTAÑO (2002), este conceito que se pretende articulador, ao não precisar a caracterização dos espaços que ocupam os setores, desarticula o social ao dividi-lo em três esfera autônomas: Estado, mercado e sociedade civil, contrapondo a solidariedade do terceiro setor às lógicas do poder do Estado e do lucro das empresas.

Para ZIGLIO (2001) no entanto, a partir do reconhecimento das diferenças entre as lógicas, interesses e necessidades, é possível utilizar a estratégia da negociação para enfrentar os conflito e restabelecer os objetivos políticos imanentes aos diversos setores.

Uma outra possibilidade de se abordar esta questão é o aspecto intergovernamental. A organização político-administrativa do Brasil compreende a União, os Estados e os Municípios, a todos cabendo responsabilidade pela saúde da

população sendo de suma importância a relação destes entes na formulação e implementação de políticas públicas intergovernamentais. (CAFFÉ ALVES 2001)

Neste trabalho não almeja-se esgotar a discussão destes valores morais da Promoção da Saúde, mas é importante ressaltar sua conexão e interdependência e que qualquer um destes conceitos podem assumir um sentido prático, na medida que se definem às variáveis espaço, tempo e principalmente as populações envolvidas.

Entende-se que para a Promoção da Saúde com seus pressupostos de participação social, equidade, sustentabilidade e intersetorialidade e suas conexões com os demais conceitos envolvidos com a questão saúde, como direito, Estado e determinantes sociais, devem ser abordados na perspectiva do pensamento sistêmico, onde sistemas são descritos por BUCKEY (1971) *“como um complexo de elementos ou componentes direta ou indiretamente relacionados numa rede causal, de sorte que cada componente se relaciona pelo menos com alguns outros, de modo mais ou menos estável, dentro de determinado período de tempo.”* Este autor considera que todos os sistemas sócio-culturais são sistemas abertos, em intercâmbio constante com o meio ou outros sistemas e a condição essencial para sua viabilidade está na própria capacidade de integração de seus princípios, já que sistema e o meio podem ser considerados subpartes de um sistema mais amplo.

Assim, pode-se afirmar que qualquer dos demais pressupostos da Promoção da Saúde tem ligação com o princípio da equidade, ou melhor, deveriam funcionar de forma integrada com este, a participação social, sustentabilidade e intersetorialidade que seriam alcançados respeitando os valores de equidade e justiça social.

## 2. A EQUIDADE EM SAÚDE

A palavra equidade no aspecto semântico está bastante próxima à palavra igualdade, podendo até constar como seu sinônimo. A etimologia de ambas revela o mesmo elemento formador, “*equ-*”, antepositivo do latim “*aequus*” que pode significar unido, justo, imparcial, favorável. Enquanto a palavra equidade é um vocábulo formado no próprio latim, a palavra igualdade é introduzida em língua de cultura. (FERREIRA 1999; INSTITUTO HOUAISS 2001; CUNHA 1986)

De acordo com KERSTENETZKY (1999), vivemos num mundo de crescentes desigualdades socioeconômicas que “*enriquece miserável*”<sup>2</sup>. A autora aponta para a conceituação de um igualitarismo complexo que admite como desigualdades justas aquelas advindas da complexidade moral e da diversidade humana, “*fato empiricamente observável*” e propõe a conjunção de três tradições da filosofia moral para abordar este igualitarismo. Estas tradições são a contratualista com primazia à igualdade – que aceita as desigualdades “*compatíveis com a preservação das liberdades civis e políticas*”, a utilitarista com primazia à eficiência – que tolera as desigualdades “*que promovem maior utilidade social*” e a libertariana com primazia à liberdade – que aceita “*as desigualdades que preservam as liberdades individuais*”.

Para a autora, a igualdade é uma preocupação genuína para os contratualistas, secundária para os utilitaristas e um “*não-objetivo*” para os

---

<sup>2</sup> Entendemos que esta expressão capta bem a realidade que ocorre em muitos países nos quais acontece um crescimento econômico - um enriquecimento - que não vem acompanhado de uma diminuição da miséria em que vivem alguns grupos sociais nestes mesmos países.

libertarianos. A proposta da visão contratualista é de que *“os arranjos sociais devem se basear em princípios distributivos convincentes (que regulam a repartição dos benefícios da cooperação) para que os indivíduos possam aderir de modo confiável a eles”*.

Para diferenciação dos termos igualdade e equidade adotou-se a perspectiva de MARSHALL (1967) quando indagado se existia limite para o progresso de classes trabalhadoras e ele respondeu: *“o problema não é se, em última análise, todos os homens serão iguais- certamente que não o serão- mas se o progresso não pode prosseguir firmemente, mesmo que vagarosamente até que, devido à ocupação ao menos, todo homem será um cavalheiro. Afirmo que pode e que isto acontecerá”*.

Transpondo as idéias deste autor para a questão da saúde, poder-se-ia afirmar que num sentido progressivo, o cidadão e as comunidades deverão encontrar apoio da sociedade para o desenvolvimento de seu potencial de saúde e assim tornar-se neste processo cada vez mais saudáveis e a equidade seria o critério de comparação entre os diversos grupos sociais para verificar o progresso alcançado por cada um destes.

Ainda são as idéias de direito social de MARSHALL (1967) que inspiraram uma transposição de análise sobre equidade em saúde. Ao se assumir a saúde como direito social, o estado de saúde aceitável estará balizado por padrões que prevalecem em determinada sociedade e na efetiva garantia das condições mínimas dos determinantes deste estado de saúde. É nesta relação sociedade/Estado que são estabelecidas as diferenças aceitáveis em relação à saúde de indivíduos ou grupos e de como a utilização dos recursos desta sociedade podem ou não ser encaminhados para a construção social da saúde. Antes de tudo a discussão ou avaliação em termos

de equidade depende de um posicionamento frente a realidade social, relacionando os aspectos da vida desta sociedade. O aspecto da realidade social que se enfoque pode ser compreendido como resultante de uma situação ou como sua determinante. Em relação a saúde é possível chegar-se a conceituação circular, onde a atenção à saúde determina as condições de vida e é determinada por estas.

Pode-se afirmar que o ponto principal de base para a argumentação nesta discussão é que saúde produz desenvolvimento social tanto quanto desenvolvimento social produz saúde. A busca da equidade através da constante diminuição das iniquidades, se coloca como uma orientação do processo de desenvolvimento em determinada sociedade e período de tempo, conforme apontam várias produções científicas, entre elas a editada pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe – CEPAL, onde STALLINGS E PERES (2002), a partir da análise de dados dos países da América Latina apontam para uma proposta de reorientação dos padrões de desenvolvimento da região em torno da equidade.

A relação íntima entre saúde e as condições de vida pode ser entendida como fazendo parte do paradigma contemporâneo do campo de conhecimento que envolve a saúde, fato que pode ser verificado ao se acessar os bancos de dados MEDLINE e LILACS onde as possibilidades de se abordar a questão da equidade em relação a saúde são inúmeras.

Na base de dados MEDLINE o termo equidade não aparece como descritor, mas encontramos vários outros termos que permitem comparar diferentes situações de saúde em função de: condições sociais, acessibilidade, justiça social, estado de saúde, fatores sócio econômicos, pobreza e outros.

Na base de dados Lilacs já é possível encontrar equidade em saúde como

descriptor, com a proposição de que “*equidade implica:*

- a) *em condições de saúde, redução de diferenças evitáveis e injustas até o mínimo possível,*
- b) *em serviços de saúde, recebimento de atenção em relação a necessidade e contribuição na capacidade de pagamento*

Ainda no LILACS o descriptor equidade em saúde se subdivide em equidade na cobertura, na distribuição de usos e recursos com uma subdivisão de equidade financeira, equidade no acesso e no estado de saúde.

Em 1980, o governo inglês publicou um relatório sobre as iniquidades em seu sistema de saúde, que ficou conhecido como Black Report, em razão do nome do coordenador do estudo, Sir Douglas Black. Este estudo evidenciou as diferenças entre os indicadores como taxas de mortalidade e utilização dos serviços de saúde, entre as classes de trabalhadores no sistema inglês de saúde, com o agravante de que as maiores desigualdades de usos de serviço pelas classes mais baixas de trabalhadores ocorriam nos serviços de prevenção. Os autores deste relatório apontavam a saúde humana como resultante da organização da existência material, mas onde o modelo social de saúde é mais relevante que o modelo médico. (TOWNSEND e DAVIDSON 1982)

ALMEIDA (2000) destaca duas importantes dimensões que devem ser consideradas na abordagem da equidade em saúde, as desigualdades nas condições de vida e saúde e no acesso e consumo de serviços de saúde. Segundo a autora, ambas dimensões têm determinantes intra e extra setoriais sendo geralmente cumulativos, mas os mecanismos para superar uma e outra são distintos.

A ocorrência da acumulatividade de desigualdades levaria a um círculo

vicioso onde a pessoa não tem acesso a educação, alimentação, trabalho e conseqüentemente saúde, chegando ao extremo da exclusão social. Mas se concorda-se com a tendência do acúmulo de desigualdades, a superação das mesmas admitida uma perspectiva de Promoção da Saúde, se dará através de políticas públicas que integrem estas dimensões, para então criar um círculo virtuoso, que tanto pode ter início no setor saúde como em outros. Ou seja, a educação pode gerar saúde como a saúde gerar educação.

Nesta abordagem, falar em equidade é então estabelecer uma relação comparativa entre grupos sociais e suas condições de vida, assim como vincular estas variáveis com o estado de saúde, devendo esta concepção ser ampliada ao conceito de qualidade de vida. Naturalmente que esta ampliação conceitual de saúde como qualidade de vida só adquire algum sentido prático se mantida a aproximação aos indicadores de mensuração e definição de espaço e tempo.

Para o diagnóstico e comparações das condições de vida e sua relação com os problemas e riscos à saúde existe a epidemiologia, uma disciplina que se propõe através de novas técnicas computacionais e aprimoramentos de desenhos de estudos, a dar explicações aos estados de saúde. Suas finalidades são o estudo de distribuição e dos determinantes do processo saúde-doença em populações, não mais entendidas como mera agregação de indivíduos, mas como coletividades, além de estabelecer orientações para a intervenção no quadro de saúde das mesmas, seja na promoção da saúde, prevenção, recuperação ou reabilitação. (GOLDBAUM 2000)

Para ALMEIDA FILHO (2000) a epidemiologia é um campo disciplinar da saúde coletiva com área compartilhada entre a aplicação tecnológica, o planejamento e gestão em saúde e o campo de práticas sociais, a promoção da saúde.

De qualquer forma a epidemiologia é uma disciplina fundamental para a discussão de equidade em saúde.

MINAYO (2000) enfatiza a dimensão social da epidemiologia quando discute que no Brasil, embora as doenças transmissíveis tenham deixado de ser a principal causa de morbimortalidade, continuam existindo como testemunho histórico de nossas desigualdades sociais.

A denominada transição epidemiológica que ocorreu em sociedades desenvolvidas também pode ser observada no Brasil. Caracteriza-se pela elevação dos índices de morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas relacionadas à industrialização e urbanização, associada à superação das doenças próprias do subdesenvolvimento - caracterizado por doenças associadas à pobreza, ao saneamento ambiental inadequado e precário desenvolvimento sócio-econômico. Mas a heterogeneidade social e econômica do Brasil aponta para a incapacidade deste modelo clássico de transição epidemiológica com dados agregados, explicar os diferentes padrões de adoecimento e morte de seus habitantes onde o que ocorre é uma superposição epidemiológica. É portanto fundamental para a discussão e explicação dos diversos quadros epidemiológicos e das transições que estão ocorrendo, a delimitação de espaços físicos e sociais mais homogêneos. (WERNECK 1994)

Somente estudos que delimitam as diferenças regionais e sociais permitem uma representação com maior fidedignidade da realidade social de entes políticos complexos como um grande município, estado ou país. A desagregação de dados representa um passo fundamental para abordar a questão de equidade em qualquer sociedade.

O desenvolvimento de tecnologias como o geoprocessamento, tem colaborado para uma caracterização geográfica das desigualdades sociais e a identificação de iniquidades em saúde no Brasil. Entretanto CHIESA (1999), baseada em Unglert, destaca que a proposta de se definir territórios - territorialização - não deve se restringir a um mero recorte físico ou geográfico, é o conceito de comunidade e as necessidades desta população que vive nos espaços físicos que vão definir os limites de um território, podendo-se afirmar que territorialização é um processo de delimitação física dos espaços sociais.

SPOSATI (1996) demonstra claramente em seu mapa dos bairros da cidade de São Paulo como as diferenças de diversos indicadores sociais se destacam quando são distribuídos geograficamente. Uma vez definido os parâmetros geográficos, os indicadores mensurados mostram as necessidades da população e dos investimentos para a saúde nestes espaços a partir de uma racionalidade equitativa. É importante ressaltar, que alguns aspectos podem estar diretamente relacionados a uma visão mais estrita de saúde, como um território contaminado ou sem oferta de serviços médicos ou indiretamente num sentido mais amplo, a uma aglomeração sem a necessária infra-estrutura urbana como lazer, transporte ou educação. Em ambos os casos pode-se considerar como determinante importante a questão da renda.

Outros trabalhos tem sido produzidos no Brasil utilizando o instrumental do geoprocessamento e da territorialização para mapear as desigualdades sociais, que mostram a relação das iniquidades nas condições de vida e saúde. (AKERMAN CAMPANARIO MAIA 1996; SILVA PAIM COSTA 1999)

CASTELLANOS (2000) ressalta que na perspectiva das iniquidades sociais em saúde existe uma relação sinérgica entre a situação de saúde e o nível de

desenvolvimento, principalmente mediada pela melhoria das condições básicas de vida das populações, mas também que nem todo crescimento econômico beneficia por igual a saúde de todos os habitantes. Reforça a necessidade de se refletir sobre a eficácia social das políticas de saúde levando em conta seu impacto sobre as iniquidades em saúde, monitorando-se este impacto em diferentes territórios e setores sociais. O autor discute o indicador “Brechas Redutíveis de Mortalidade” (BRM) associando o nível de desenvolvimento e as iniquidades sociais, ressaltando que as taxas de mortalidade devem ser analisadas em relação a valores prévios em cada país e grupo de população, mas também em comparação com o que se pode atingir, utilizando-se como referência o obtido por outros países e grupos sociais em circunstâncias similares. A BRM seria então a diferença entre as taxas encontradas nos grupos e as taxas de referência.

Em uma abordagem de Promoção da Saúde entende-se ser fundamental a utilização da racionalidade da complexidade, considerando que um fenômeno tem várias determinações e a solução dos problemas só será equalizada a partir da articulação dos diversos setores envolvidos com o problema abordado. Exemplificando, em regiões de alto índice de violência o aumento de leitos só tem sentido como uma abordagem meramente emergencial, pois a solução do problema depende de mais atenção à criança, da redução do tráfico de drogas, do aumento do emprego e outros fatores. Assim como para a solução aos agravos decorrentes de falta de saneamento ou de alimentos, a distribuição de medicamentos também só tem sentido emergencialmente, uma vez que é necessário interferir nas causas primeiras dos problemas .

Porém a discussão da utilização do instrumental da epidemiologia na

Promoção da Saúde é ainda bastante inconclusa. O V Congresso Brasileiro de Epidemiologia – Epi 2002, adotou o nome “A Epidemiologia na Promoção da Saúde” com a proposta de aprofundar a discussão da relação entre Promoção da Saúde e a Epidemiologia.

Para AYRES (2002) houve um longo processo histórico que levou a epidemiologia ao desenvolvimento de um sistema de associações causais – o conceito de risco permite *“a construção de conhecimentos não dependentes do iatrocentrismo que orienta as práticas de saúde modernas”*, mas vê impecilhos para esta disciplina oferecer uma referência técnico-normativa para a Promoção da Saúde, se esta for entendida como uma proposta de cuidados em saúde orientados apenas por conceitos positivos.

IBANHES e HEIMANN (2002a) defendem que a Promoção da Saúde e a equidade como seu princípio básico, *“deve ser orientada por um sentimento – e dever – ético e moral da busca da justiça social, isto é, por um conjunto de políticas voltadas a reduzir as injustiças respeitadas as diferenças entre indivíduos e grupos”*. Neste sentido a epidemiologia e a pesquisa social tem uma função básica, pois a definição destas políticas requer que se parta de dados, *“do reconhecimento das desigualdades sociais, especificamente as desigualdades em saúde, captáveis através de análise das condições de vida e saúde”*.

MCQUEEN (2002) propõe uma visão mais ampla da Promoção da Saúde e traça uma comparação entre a Epidemiologia e a Promoção da Saúde assim como os interesses comuns entre elas. A prevenção primária a moléstias, a saúde da população e a vigilância aos fatores de risco a saúde seriam interesses tanto da Epidemiologia quanto da Promoção da Saúde. Mas enquanto a Epidemiologia seria

uma disciplina, uma teoria biomédica com método científico e paradigmas estabelecidos, a Promoção da Saúde seria um campo multidisciplinar, uma teoria das ciências sociais com métodos variados e diversas abordagens recentemente desenvolvidas.

Novos trabalhos tem sido desenvolvidos com desenhos de estudos epidemiológicos onde se agregam dados de grupos sociais mais homogêneos e que demonstram as diferenças inaceitáveis em abordagens sociológicas mais clássicas. Nestes estudos as diferenças se explicitam por métodos epidemiológicos com análises multivariadas que relacionam variáveis a partir da divisão estratificada da sociedade em categorias como grau de instrução, renda, sexo, trabalho ou religião. (GIANINI 1999, SILVA 2000)

Uma vez elaborado o diagnóstico que a epidemiologia pode oferecer em função de variáveis como doenças ou riscos à saúde , em determinados territórios e grupos sociais, é necessário considerar as restrições qualitativas da estrutura social, as políticas e as normas que as reforçam ou fragilizam, a cultura do consumo e os meios de comunicação que as consolidam, entre outras. Com este diagnóstico da situação que considera toda esta complexidade precisa-se passar a uma outra abordagem fundamental para a discussão de equidade em saúde – a distribuição de recursos. Apresentadas as evidências do problema, para que encaminhamentos o princípio moral da equidade apontaria? Será que os cidadãos que precisam mais, estão recebendo mais? E será que ao receber algo a mais, estão recebendo o que realmente é necessário? Como reagem àquilo que recebem?

NEVES (1999) propõe que mesmo que se parta do pressuposto geral de que todos os investimentos que envolvem a saúde são justificados porque protegem e

promovem a vida, o limite dos recursos humanos e técnicos, levaria ao reconhecimento da necessidade de gerir estes recursos, gestão que será mais complexa se menos economicista e menos economicista se mais humanizante e humanista. A problemática da alocação dos recursos assume uma perspectiva de responsabilidade moral e de promoção da justiça social.

Definir o peso das variáveis na determinação da saúde para se chegar ao gasto necessário ou ideal para se atingir um dado estado de saúde, não é algo fácil de se determinar, mas a discussão dos investimentos a partir dos gastos realizados e dos benefícios esperados representa um caminho confiável que permitiria uma avaliação de quais grupos sociais, regiões ou problemas estão recebendo maior atenção e permite visualizar uma redistribuição com maior equidade na alocação de recursos.

Para JARDANOVSKI (1994), a metodologia custo-benefício pode embasar uma abordagem ao conceito equidade em saúde. Uma análise custo benefício permite valorar diversas necessidades de saúde e hierarquizá-las em ótica monetária para então fornecer uma lista de prioridades. Esta abordagem mais direcionada permite uma avaliação intra e internecessidades da saúde dos indivíduos e os investimentos que poderiam dar conta dela..

A dimensão intranecessidade reflete a noção de equidade horizontal onde indivíduos com a mesma necessidade são tratados igualmente. A dimensão internecessidades busca o tratamento apropriadamente desigual de indivíduos com diferentes necessidades em saúde e reflete a noção de equidade vertical.

Este autor aponta para a multiplicidade de maneiras de se definir equidade em saúde, embora sempre dependentes do princípio de justiça social e de outros objetivos do sistema de saúde que muitas vezes podem ser conflitantes com a própria

equidade.

É muito raro encontrar textos mais recentes abordando conceitualmente a questão da equidade em saúde sem citar WHITEHEAD (1990), que sistematizou a aproximação dos conceitos e princípios de equidade e saúde, trazendo uma contribuição importante para os estudiosos do tema no setor em geral e especialmente aos que trabalham com Promoção da Saúde e tomam a equidade como princípio básico de decisão e ação.

Para a construção desta aproximação, a autora primeiramente aponta os principais determinantes de saúde, identificando-os como:

- 1- Naturais, que são determinados por variações biológicas.
- 2- Comportamentos de risco a saúde que resultam de uma livre escolha, como a prática de certos esportes radicais, uso do tabaco e de alguns tipos de alimentação.
- 3- Vantagem transitória de uns grupos sobre outros que adotaram primeiramente comportamento de promoção da saúde, os chamados hábitos saudáveis ligados a dieta alimentar e atividades físicas.
- 4- Comportamento de risco à saúde com grau restrito de escolha do estilo de vida, ligados a valores culturais e nível de renda.
- 5- Exposição a insalubridade e condições de vida e trabalho exaustivas.
- 6- Acesso inadequado a serviços públicos essenciais, de saúde ou outros.
- 7- Mobilidade social em função da saúde, que se expressa na tendência das pessoas doentes descerem na escala social.

A autora acrescenta que a literatura de modo geral não considera geradores de iniquidade em saúde as categorias 1,2 e 3 de determinantes dos diferenciais em

saúde, enquanto as diferenças determinadas pelas categorias 4, 5 e 6 são consideradas evitáveis e causadoras de diferenças injustas. Na categoria 7, se a doença não pode ser evitada, a descida na escala social é considerada prevenível e injusta. Estando desta forma o sentido de justiça ligado a possibilidade de se influir nos determinantes da saúde ou nas conseqüências destes .

Naturalmente as diferenças acima vão variar de país para país assim como em relação ao tempo, onde, por exemplo, a exposição à insalubridade e as condições de vida e trabalho são em si variáveis da função desenvolvimento social.

A autora chega então a seguinte definição,

*“ Equidade em saúde implica que idealmente todo mundo deveria ter a justa oportunidade de atingir seu completo potencial de saúde , e mais pragmaticamente, que ninguém deveria estar em desvantagem para atingir este potencial, se isto pode ser evitado. Equidade desta maneira concerne em criar iguais oportunidades para saúde, reduzindo os diferenciais de saúde aos mais baixos possíveis.”*

Em outras palavras a autora conceitua a equidade como a superação de desigualdades que em determinado contexto histórico e social são evitáveis e consideradas injustas, implicando obviamente que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais diferenciadas, isto é, reconhecer e atender diferentemente os diferentes.

Neste sentido para uma abordagem mais setorial, a equidade na atenção à saúde é definida como igual acesso aos cuidados disponíveis para necessidades iguais, igual utilização para necessidades iguais e a mesma qualidade de cuidados para todos.

Esta autora propõe como princípios para as políticas públicas promoverem a

equidade em saúde, o foco na melhora das condições de vida e trabalho, o direcionamento à capacitação das pessoas em adotar estilos de vida mais saudáveis, a descentralização de poder através da participação, a busca de resultados através de ações intersetoriais, ter como referência o que já ocorre em países desenvolvidos e basear-se no princípio da qualidade de vida, apoiando-se em pesquisas monitoramento e avaliação.

Podemos afirmar que a visão de equidade em saúde de Whitehead está de acordo com o igualitarismo complexo proposto por Raws, citado por KERSTENETZKY (1999), no qual “ *a distribuição desigual de “bens primários” – meios para a realização de distintos estilos de vida e fins – seja regulada pelo imperativo de justiça que impõe que as desigualdades devam servir aos menos favorecidos*”.

A compreensão dada neste estudo para a equidade é de um conceito observável e aplicável, sendo portanto, possível promover a equidade em saúde. Para tal, é necessário uma racionalidade que compreenda as necessidades em saúde com a utilização de indicadores com enfoques demográficos, socioeconômicos e geográficos, pois cada um destes enfoques “*identifica e avalia iniquidades na saúde sob um ângulo diferente*”, e “*o tipo de variável escolhida com o propósito de efetuarem-se comparações determina que tipo de grupo deveria ser mostrado como menos privilegiado e, assim, um alvo em potencial para intervenções*”, pois principalmente, “*adotar a equidade requer concentrar-se nos mais necessitados*”. (KADT e TASCA 1993)

Desta maneira, é com a definição de parâmetros através da adoção de indicadores que podemos nos aproximar da questão da equidade, agora como um

critério para a avaliação da saúde de comunidades de um Estado e para definição de prioridades em investimentos para saúde, no sentido de elevar as condições de vida de indivíduos e comunidades aos padrões sociais, que de maneira contínua vem sendo desenvolvidos por esta mesma sociedade.

### 3. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

#### 3.1. JUSTIFICATIVA

A discussão da Promoção da Saúde no Brasil é bastante recente, embora no Canadá e Europa esteja em pauta há quase 30 anos e conforme mencionado na introdução é o paradigma no qual este estudo se baseia para a ampliação da compreensão do ideário do Sistema Único de Saúde. A democratização e a participação da população, bastante valorizadas na reforma sanitária brasileira, são também estratégias da Promoção da Saúde, daí a escolha das conferências como objeto de estudo.

Desta forma, na perspectiva da Promoção da Saúde é bastante simples a percepção da justificativa deste estudo, uma vez que as Conferências são canais de participação social, um valor fundamental para a Promoção da Saúde, bem como o princípio ético da equidade, o foco deste estudo. Com base nestes valores, as Conferências - como um espaço para proposições de diretrizes de políticas públicas - na medida que assumirem a equidade também como critério de tomada de decisão, capaz de reconhecer e intervir nas diferenças e desigualdades injustas entre indivíduos e grupos, tornariam as políticas capazes de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e saúde promovendo a equalização e justiça social. Possibilitaria também uma maior articulação com outros setores de governo ou da sociedade para a resolução de problemas e equacionamento de necessidades que se traduziriam em políticas públicas saudáveis intersetoriais.

Em toda prática democrática, intuito de qualquer instituição de participação, as dificuldades no desenvolvimento da legitimidade e

representatividade estarão sempre presentes, mas não farão parte do escopo deste estudo das Conferências Nacionais de Saúde .

Destacamos que atualmente se discute a elaboração de uma Política Nacional de Promoção da Saúde priorizando entre seus objetivos “*contribuir para reduzir as desigualdades sociais quanto ao acesso às oportunidades para o desenvolvimento máximo do potencial de saúde.*”, algo absolutamente de acordo com a Declaração de Jacarta, onde “*a Promoção de Saúde é um enfoque prático para a obtenção de maior equidade em saúde.*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

As históricas diferenças sociais acumuladas no Brasil tornam urgente a necessidade de se discutir a equidade em saúde. As diferenças regionais não são novas e estão suficientemente delineadas para se pensar políticas públicas levando em consideração as diferenças injustas e sua diminuição.

A dimensão da problemática da equidade intermunicipal no Brasil se explicita tanto em dados específicos do setor saúde, como em determinantes de saúde ligados a outros setores. A taxa de analfabetismo de crianças de 10 anos de idade em Curitiba, Estado do Paraná, é de 1,3 %, enquanto em Maceió, Estado de Alagoas, 18,5%. O IDH de São Caetano do Sul, Estado de São Paulo, é 0,919, enquanto que o de Manari, Estado de Pernambuco, é 0,467. (LEAL, 2002)

Quando se pensa em democratização das decisões e das ações é fundamental a existência de espaços públicos abertos, que possibilitem a participação de diversos segmentos sociais, inclusive devendo ser considerado o princípio da equidade nesta participação.

Nas Conferências de Saúde há garantia de que 50% dos participantes representem usuários e a proposta de que este processo de participação seja legítimo

e representativo.

Além de se poder afirmar conforme descrito em item anterior, que as Conferências fazem parte de nossa história, com momentos de protagonismo como no caso da 8ª Conferência, deve-se ressaltar sua atual institucionalização, com objetivos previstos na lei 8.142 de 1990, constituindo uma justificativa para o estudo das Conferências Nacionais de Saúde.

Ressalta-se ainda o fato dos participantes das Conferências Nacionais em sua maioria serem participantes também das Conferências Estaduais e Municipais em seus municípios. As Conferências de saúde podem ser entendidas como os pontos de uma rede de comunicação e discussão interinfluenciadas. Esta rede não pode ser desconsiderada nas discussões e nas proposições de políticas públicas relacionadas com a saúde e principalmente no caso de uma temática tão fundamental, como a equidade para o Brasil. Pode-se considerar as Conferências Nacionais influenciando e sendo influenciadas pelas Conferências Estaduais e Municipais.

Para se ter uma idéia da dimensão da capilaridade que envolve as Conferências Nacionais de Saúde considere-se o dado de que a 10ª Conferência Nacional de Saúde foi precedida por 27 Conferências Estaduais e mais de 3000 Municipais.

Outras Conferências de interesse para a saúde têm ocorrido no Brasil ou estão em fase de propostas: Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, Conferência Nacional de Saúde Bucal, Conferência Nacional de Saúde da Mulher, Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, Conferência Nacional de Saúde e Educação, Conferência Nacional de Saúde Mental, Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas,

Conferência Nacional de Saúde, Saneamento e Meio Ambiente, Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, Conferência Nacional Intersetorial sobre Políticas Públicas, Conferência Nacional sobre AIDS, Conferência Nacional da População Negra. Esta lista explicita, pelo número de conferências que já ocorrem ou que são sugeridas, uma “cultura de conferências” e constitui outra justificativa para a proposição de um estudo sobre as Conferências Nacionais de Saúde.

Este estudo pretende contribuir para a equidade, partindo de seu princípio ético, poder ser aplicada à discussão de problemas e necessidades em saúde nestas Conferências e mostra a necessidade da utilização do conceito equidade em saúde com um sentido crítico e orientador de intervenções em contraposição a um sentido ascético e geral.

## 3.2. OBJETIVOS

### 3.2.1. Geral

Analisar os relatórios das 9<sup>a</sup> , 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde verificando a incorporação do conceito de equidade em saúde, princípio fundamental para a Promoção da Saúde.

### 3.2.2. Específicos

1. Identificar os significados predominantes dados ao conceito de equidade em saúde nos relatórios das 9<sup>a</sup> , 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde
2. Relacionar considerações e proposições das Conferências assinaladas ao conceito de equidade em saúde.
3. Identificar valores que influenciam a incorporação e aplicação do conceito de equidade em saúde nas proposições destes relatórios e nas diretrizes para as políticas públicas.

#### 4. METODOLOGIA

A metodologia desta pesquisa é qualitativa com a utilização da técnica análise de conteúdo de documentos, focalizando a questão da Equidade, princípio fundamental da Promoção de Saúde. Os documentos selecionados para análise foram: Relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde e Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde

Para TRIVIÑOS (1995) a análise de conteúdo é útil *“para desvendar ideologias que podem existir nos dispositivos legais, princípios, diretrizes etc.”*, algo necessário para a ampliação da discussão da temática - equidade em saúde no Brasil - e um delineamento de como o conceito da equidade se apresenta e é utilizado em cada um dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, na análise de conjuntura e para elaboração de proposições.

Para CARMO-NETO (1993) *“a análise temática de conteúdo surgiu como método e técnica depois de se constatar um certo esgotamento do levantamento de dados através da entrevista”*. Nesta técnica um grande esforço é direcionado para a obtenção de uma substância objetiva que permita análises mais profundas e o desvendamento de novos conteúdos, porque *“muitos podem elaborar análises, mas pouca coisa de conteúdo será acrescido”*.

Ainda segundo este autor, a análise de conteúdo se constitui num conjunto de instrumentos metodológicos para inferir conteúdos implícitos e explícitos de um texto. Tem a dupla função de ver o patente - notado por todos - e desvendar o latente - notado por análises mais profundas.

SCHADER (1974) coloca que na análise de conteúdo a linguagem deve ser interpretada no campo da tensão entre conhecimento e comportamento e propõe se perguntar primeiramente “*o quê é dito?*” para depois examinar “*como é dito?*”.

Para BARDIN (1977) a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que permitem o estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências. Considera-se uma metodologia voltada a uma hermenêutica controlada, baseada na inferência e na dedução. É um esforço de interpretação que oscila entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade.

É importante frisar que o objeto deste estudo são os relatórios das conferências, um meio de comunicação das conferências realizadas, onde seus conteúdos foram submetidos a uma análise. Naturalmente considera-se que estes relatórios representam de alguma forma o conteúdo das conferências, mas é pertinente ressaltar, até como uma possível limitação do estudo, que o conteúdo levantado não é resultado de entrevistas realizadas ou de observação participante, mas de análise documental dos relatórios que são uma representação dos eventos, pois o pesquisador não participou de nenhuma das três conferências.

Ainda segundo BARDIN (1977), a análise de conteúdo abarca dois modelos de comunicação:

- a) “instrumental” - atribui importância ao contexto e às circunstâncias aos quais a mensagem é veiculada, colocando em segundo plano o imediatamente expresso por ela;
- b) “representacional” - considera como fundamentais as palavras da mensagem, por elas conterem elementos indicativos, viabilizadores da análise do pesquisador.

Este estudo aborda predominantemente os aspectos representacionais da questão, enfatizando-se que todo o período histórico que contextualiza as três Conferências é o de democratização do país, cujo marco referencial histórico de primeira grandeza é a Constituição Federal de 1988 e as três Conferências analisadas foram realizadas posteriormente a esta Constituição.

Ainda segundo BARDIN (1977) os estudos de análise de conteúdo podem ser quantitativos, onde se analisa a frequência de determinados itens léxicos ou qualitativa, quando se parte da presença ou ausência destes itens. Este trabalho é fundamentalmente qualitativo-simbólico e seguindo este autor construiu-se um quadro de análise para a utilização do termo equidade ou iniquidade(s) ou equitativa ou equânime(s) ou equanimidade ou equalização.

Retomando o objetivo das Conferências de apresentar contribuições para as políticas de saúde, num momento inicial cogitou-se a construção de um primeiro quadro de análise a partir das etapas do processo decisório que envolve as políticas públicas: construção de agenda, especificação de alternativas (formulação), escolha de alternativas (adoção), implementação, avaliação, reajuste. Onde definiu-se processo decisório *“como diálogo entre intenções e ações – processo contínuo de reflexão para dentro e ação para fora”*. (VIANA 1988)

Mas como o objeto de estudo se restringiu aos relatórios das conferências, não existindo o necessário deslocamento para acompanhar o processo decisório que envolve as políticas públicas, esta abordagem se mostrou inviável. As primeiras leituras também mostraram a inexistência de um amadurecimento em relação ao tema da equidade na saúde e do atual papel das conferências que justificassem a adoção desta escala de etapas.

Assim adotou-se como primeiro quadro de análise a subdivisão dos aspectos que predominantes na problematização para a abordagem das questões envolvidas em equidade em saúde, conforme explicitado no capítulo anterior. Equidade:

- na oferta de serviços, incluindo os aspectos de distribuição dos serviços de saúde e cobertura. Nesta categoria o enfoque predominante está na distribuição dos serviços oferecidos apresentados em função de espaço geográfico ou de características sociais.
- na distribuição e uso de recursos. Neste caso a preocupação principal está em analisar a distribuição dos recursos a partir das demandas, considerando se as mesmas necessidades estão recebendo idênticas atenções ou o que é mais necessário ou eficaz, verificando também se está ocorrendo a utilização dos recursos da saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde.
- no estado de saúde. Quando se considera as influências das variáveis determinantes sociais na saúde como renda, educação, condições de moradia e trabalho, esta sendo a abordagem mais predominantemente intersetorial.
- de acesso. Nesta abordagem são analisados se todos ou quais grupos estão chegando, ou não, aos serviços disponíveis, do setor saúde ou de outros desde que sejam determinantes para as condições de saúde. Neste caso são considerados tanto os aspectos físicos quanto os sócio-culturais como grau de instrução, gênero, etnia, linguagem ou religião.
- como valor em um sentido geral. Embora as divisões acima tenham seu aspecto moral, esta categoria é utilizada quando não houver nenhuma especificidade agregada ao conceito equidade em relação à saúde.

Chega-se ao seguinte formato do quadro a ser preenchido para análise das

proposições ou consideração de cada um dos relatórios que contenham o termo equidade ou outro termo com mesma raiz. Neste quadro serão posicionados os termos representados por números em ordem crescente a partir do um - (1) - conforme aparecem nos relatórios, onde o posicionamento em relação às linhas resulta da análise e define a existência de uma especificidade conceitual em relação a equidade em saúde na consideração ou proposição que está sendo analisada.

Equidade em saúde resultante de:	Proposições / Considerações
Oferta de serviços	
Distribuição de recursos	
Estado de saúde	
Acesso	
Valor Geral	

Para a construção do segundo quadro partimos da idéia central de que equidade é um valor moral e que a este valor podem se agregar outros aspectos.

Para Kluckhohn, citado por FLEURY (1997) valor é “... *uma concepção, explícita ou implícita, distintiva de um indivíduo ou característica de um grupo, do desejável que vai influenciar a seleção dentre os modos, meios e finalidades de ação disponíveis*”. Segundo o autor as declarações do desejável ou a seleção entre caminhos possíveis de ação são cruciais para o estudo de valores, mas não são os valores, são manifestações do elemento valor em ação. A variação nas orientações de

valor de uma cultura deve ser compreendida *“como uma rede de orientações de valor dominantes (mais preferidas) e orientações de valor variantes, permitidas e até exigidas. Isto significa que o sistema de orientações de valor de um grupo não deve ser encarado como um sistema unitário de valores dominantes. Coexistem valores variantes permitidos e necessários, diferentes dos dominantes, apesar de influenciados pelos dominantes”*.

Nesta etapa do estudo, quando se aborda de forma mais direta os valores presentes nas conferências, são necessárias algumas considerações. Embora as conferências não possam ser consideradas organizações no sentido estrito do termo, adotar-se-á como um pressuposto deste trabalho que os participantes das conferências partilham uma cultura, hegemônica ou contra-hegemônica, resultante de um conjunto de valores, simbolismos, conceitos e preconceitos em relação a política econômica e social vigente.

Para Schein , citado por FLEURY (1997) a cultura organizacional *“é o conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna e que funcionaram bem o suficiente para serem considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas”* .Nesse momento nosso objetivo é apreender o sentido do valor equidade nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, que também refletem a cultura organizacional do SUS, representados pelos gestores, trabalhadores e usuários.

FLEURY (1997), baseando-se em Bion, que utiliza o termo cultura de grupo, pontua que *“o comportamento de um grupo seria aparentemente incompreensível se*

*não fosse considerada a existência de afetos inconscientes, compartilhados por todos os participantes do grupo*". Estes afetos são os pressupostos básicos: *"fantasias ou representações inconscientes das relações humanas que, em determinado momento, todos os participantes do grupo compartilhariam e que influenciariam suas emoções, suas percepções e seus comportamentos"*. Existe um interjogo entre as exigências racionais e objetivas das tarefas que o grupo deve desempenhar e os conteúdos inconscientes compartilhados pelo grupo, *"este jogo de forças seria o responsável pelo processo dinâmico de formação, manutenção e mudança da cultura de grupo"*. Para este autor "os pressupostos funcionariam como uma matriz psíquica que afetaria a percepção e as emoções dos indivíduos", sendo três os tipos de matrizes: dependência, ataque/fuga e acasalamento.

O mesmo autor ressalta que pela existência de elementos culturais inconscientes, *"o discurso oficial, voluntário e consciente, não pode ser entendido como uma expressão direta, clara e sincera dos verdadeiros pressupostos básicos da cultura. Contudo, deve ser assumido e entendido como um dado a ser explorado em sua significação implícita, quando se deve levar em conta as suas contradições e lacunas. Desse ponto de vista, o discurso oficial passa a ser importante material de análise, não tanto pelo que revela, mas principalmente pelo que procura ocultar"*.

Com base nas considerações acima se decidiu construir um conjunto de quadros para servir de base a nossas análises. Para o preenchimento destes quadros, são analisadas as mesmas proposições ou considerações que constaram no quadro anterior, mas neste caso o enfoque é analisar como os participantes, através das proposições ou considerações, se posicionam em relação a equidade. Estes posicionamentos em relação a equidade na saúde, como em relação a qualquer outro

conceito de valor moral se dá em múltiplo aspectos. Para lidar com esta multiplicidade adotou-se uma abordagem através de polaridades que envolvem estes posicionamentos, enfatizando-se que esta polarização não é a expressão de nenhuma contradição intrínseca ao conceito de equidade, pois equidade pode ser entendida como meio e fim, abordada através de ações ou de retórica, com ou sem definição de foco, como um problema ou solução de todos ou alguns. Os possíveis conflitos advirão das tomadas de posição necessárias dos envolvidos para a definição de diretrizes de políticas públicas e avaliação do quadro de saúde do Brasil. As categorias selecionadas para compor o quadro são:

- fim ou meio. A equidade tanto pode estar expressa como um fim em si, ou como um critério para se chegar a um objetivo. Um estado a ser atingido ou um instrumento de aproximação e priorização de atitudes a um conceito moral;
  - discursivo ou pragmático. Em relação a este posicionamento nosso critério foi o de avaliar se o enfoque está no fazer ou no dizer, focalizando também se predomina a ética da convicção ou da responsabilidade;
  - amplo ou focado. Neste caso a proposta é observar se existe a problematização, se a questão está apresentada de maneira focada ou difusa;
  - ativo ou reativo. A idéia é verificar se as colocações estão motivadas por soluções aos problemas ou simplesmente é enfatizado o problema. Neste posicionamento entende-se que o aspecto fundamental é a verificação do papel da saúde em relação aos outros aspectos da vida social. É focalizado se a compreensão da saúde ser produzida socialmente é assumida como uma responsabilidade do setor saúde.
- Outras categorias que ajudam a definir o posicionamento são as polaridades causa/efeito e positivo/negativo;

- universal ou específico. Aqui o jogo está em estabelecer se a equidade será atingida através de um ideal totalizante da sociedade ou através da focalização sobre segmentos desta sociedade que apresenta algum grupo em desvantagem. O sentido predominante desta polaridade é parte/todo.

Chega-se então ao conjunto de quadros que serão preenchidos para a análise do posicionamento dos autores das proposições ou considerações em relação a utilização dos mesmos termos classificados para composição do primeiro quadro. Nas primeiras colunas estão as categorias estabelecidas segundo as quais se classificará os termos equidade ou de mesma raiz encontrados em cada relatório. Nas segundas colunas serão indicados os termos representados por números, conforme a ordem de seu aparecimento em cada relatório

Fim	
Meio	

Discursivo	
Pragmático	

Amplo	
Focado	

Ativo	
Reativo	

Universalidade	
Especificidade	

Para facilitar a compreensão deste trabalho através de uma clara diferenciação, os trechos das conferências selecionados para a análise estarão escritos com um tamanho de letra menor e com margens direita e esquerda maiores.

## **5. OS SIGNIFICADOS DA EQÜIDADE EM SAÚDE APREENDIDOS NOS RELATÓRIOS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE: RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No âmbito da política nacional de saúde, as Conferências Nacionais de Saúde devem constituir-se em momentos de análise da relação Estado/sociedade, na medida em que reúne um conjunto amplo de atores com os objetivos de avaliar a situação de saúde e de propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde. Atuam portanto, como instâncias de controle social ao fazer esta avaliação e análise da situação e seus determinantes e de elaboração de políticas, mas representam também um espaço para expressão de demandas e pressões não somente do setor saúde, mas das relações sociais.

Em função dos objetivos das Conferências, avaliação da situação da saúde e proposição de diretrizes, optou-se por apresentar a análise e discussão de cada relatório, mantendo-se também esta subdivisão, onde estão agrupadas separadamente as considerações com abordagens avaliativas e as com abordagens propositivas em cada um dos relatórios analisados das Conferências que se seguiram à 8ª Conferência Nacional de Saúde – marco doutrinário do Sistema Único de Saúde.

Estão em anexo os índices de cada relatório para possibilitar ao leitor a contextualização das considerações que estão sendo analisadas.

### **5.1. A EQÜIDADE NO RELATÓRIO DA 9ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. “MUNICIPALIZAÇÃO É O CAMINHO”. BRASÍLIA, 9 A 14 DE AGOSTO DE 1992.**

Esta Conferência foi realizada em 1992, após muita pressão e seis anos, não quatro anos conforme período de intervalo definido pela lei 8.142 de 1990, após a 8ª

Conferência Nacional de Saúde, durante o governo de Fernando Collor de Mello, que defendia a diminuição das responsabilidades públicas em relação a saúde, inclusive com propostas de revisão constitucional e vários vetos a lei 8080, a maioria deles relacionados ao princípio da participação da comunidade. Seu tema principal foi a municipalização e teve em parte o objetivo de chamar atenção sobre riscos de mudanças nos preceitos do SUS e avaliar o controle social, contribuindo para a criação dos Conselhos de Saúde nos estados e municípios onde ainda não estivessem estruturados e fossem consideradas as experiências locais na discussão nacional. (MERHY, 1991)

O relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde contém 43 páginas, e é composto por uma introdução; pela carta à sociedade brasileira e pelos tópicos Sociedade, Governo e saúde; Seguridade Social; Implementação do Sistema Único de Saúde; Controle Social e Outras deliberações e recomendações. (Anexo I)

### 5.1.1. Discussão a partir da Avaliação da Situação da Saúde no País

Neste relatório é no tópico Sociedade, Governo e Saúde que se encontra uma avaliação, na forma de caracterização, do quadro de saúde da população brasileira. Nesta avaliação não encontra-se nenhuma vez o termo equidade, e está expressa nos seguintes termos:

“... o quadro de saúde vivido pela população brasileira caracteriza-se, particularmente, por:

- completo desrespeito à vida, evidenciado pelos inaceitáveis indicadores de saúde: baixa expectativa de vida, alta mortalidade infantil, alta mortalidade materna, elevado grau de desnutrição infantil, elevado número de acidentes de trabalho com milhares de mortes e incapacidades permanentes;”(pg. 17)

Neste segmento inicial não foi encontrada nenhuma referência às diferenças entre estes indicadores nos diversos grupos sociais, nem nas diferentes regiões do país.

Mas em seguida a estas, outras caracterizações chamam atenção para iniquidades entre regiões do país responsáveis pelas diferenças verificadas na comparação entre indicadores de saúde das mesmas:

“- inaceitáveis diferenças regionais e étnicas dos indicadores de saúde, revelando os diferentes padrões de cidadania, conforme o grau de desenvolvimento regional e a renda;” (pg. 17)

E também:

“- insuficiente cobertura assistencial, que se agrava dramaticamente nas regiões e áreas mais carentes;” (pg.17)

Nestes dois últimos exemplos pode-se identificar claramente a problemática da equidade, embora em sentido bastante amplo e sem menção a coeficientes e índices que marquem pontualmente e quantitativamente as diferenças.

A clara opção por uma abordagem fundamentalmente qualitativa na avaliação da saúde também se constata na seguinte caracterização:

“- má qualidade do atendimento, do ponto de vista técnico e de relações humanas;”(pg. 17)

Ou também em :

“- baixos níveis de gastos públicos em saúde e educação, agravados pelos métodos arcaicos e ineficientes de gestão pública, consolidando as agressões institucionais ao usuário;” (pg.17)

### 5.1.2. Discussão a partir das Proposições/Considerações

O termo equalizando aparece uma vez nas proposições em relação à previdência social. O termo equidade aparece uma vez nas proposições em relação à implementação do Sistema Único de Saúde e uma vez no preâmbulo das proposições em relação ao modelo assistencial. O termo eqüitativo aparece uma vez no preâmbulo das proposições relativas ao controle social.

No tópico Seguridade Social em relação a previdência social encontra-se a seguinte proposta:

“- manter a aposentadoria por tempo de serviço, conforme legislação vigente, **equalizando** o sistema previdenciário entre todos os trabalhadores privados, públicos, civis e militares;” (pg. 22)

O termo equalizando não está ligado a mensuração de nenhum dos aspectos que equidade pode assumir em relação a saúde apresentados em nossa concepção de estudo como oferta de serviços, distribuição de recursos, financeira , estado de saúde ou acesso, portanto classificamos o sentido do termo como geral.

A equidade aparece como uma construção, uma resultante da distribuição mais equânime de renda e por isso classificaremos como Fim .

Nesta proposição percebe-se um direcionamento a uma ação, a manutenção da aposentadoria por tempo de serviço, e portanto classificaremos como Pragmático.

Existe um foco, que é a equalização do sistema previdenciário em relação aos trabalhadores privados, públicos, civis e militares, portanto classificou-se como Focado.

Existe uma intencionalidade positiva, uma idéia da equidade como resultado de uma postura ativa, portanto classificou-se como Ativo.

Como não existe nenhuma referência ou defesa à promoção da equidade em saúde diferenciando algum grupo social, classificou-se então como Universalidade.

Chegou-se assim a seguinte classificação da utilização do termo equalizando (1): Geral, Fim, Pragmático, Focado, Ativo, Universalidade.

No tópico Implementação do Sistema Único de Saúde, onde existe mais especificação com respeito aos problemas relacionados ao setor saúde, identifica-se a proposição:

“-assegurar que toda a rede contratada pratique a universalidade e **equidade**, obedecendo aos critérios de hierarquização.” (pg. 24)

Também aqui o termo equidade não está ligado a mensuração de nenhum dos aspectos que esta pode assumir em relação a saúde apresentados na concepção do estudo, portanto adotou-se a classificação geral.

A equidade aparece como um fim em si, não aparece como um meio ou critério de se atingir o desenvolvimento social, portanto classificou-se que o termo foi utilizado em uma perspectiva de Fim.

Como nesta proposição não se percebe nenhum direcionamento a uma ação, classificou-se a utilização do termo tendo um posicionamento discursivo.

Embora esteja colocada a necessidade da equidade como uma prática da rede contratada, não se verifica uma problematização, uma definição de qual é a situação de equidade ou iniquidade ou qual a resolução que poderia contribuir para se ter práticas mais equânimes e de quem é esta responsabilidade, portanto classificou-se que o posicionamento de foco na utilização do termo foi Amplo.

Existe uma intencionalidade positiva, uma idéia da equidade como algo que se pode atingir ou de resultado, um sentido de autonomia, portanto classificou-se a

utilização do termo com um sentido Ativo.

Como não existe nenhuma referência a diferença de grupos sociais, classificou-se o uso do termo equidade em um sentido de Universalidade.

Chegou-se então a seguinte classificação da utilização do termo equidade (2): Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

No preâmbulo do tópico “Com relação ao Modelo Assistencial”, como base para a construção deste modelo foi feita a seguinte recomendação:

“O modelo assistencial deve ser construído sobre base epidemiológica, garantindo à população acesso universal em todos os níveis, **equidade**, resolutividade e integralidade da atenção num sistema de complexidade crescente.” (pg.27)

Embora esteja se falando de modelo assistencial e exista a referência deste ser construído sobre bases epidemiológicas, não se explicita a vinculação deste modelo com a equidade, portanto classificou-se a utilização do termo equidade nesta recomendação como Geral.

Também nesta proposição o termo equidade aparece como um fim em si, sem nenhum direcionamento a uma ação, sem uma problematização ou definição de responsabilidades, com uma intencionalidade positiva e sem nenhuma referência a diferença de grupos sociais.

Chegou-se a seguinte classificação para a utilização do termo equidade na recomendação acima (3): Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

No preâmbulo do tópico “Controle social”, antes das proposições, foram identificadas necessidades gerais de articulação entre o Estado e a sociedade civil, de equacionamento bastante complexo conforme mencionado nos primeiros capítulos deste trabalho e estão relacionadas com o conceito de Demo, que enfoca participação

como conquista e processo. O parágrafo deste preâmbulo que contém o termo equitativa é:

“O fortalecimento das instâncias públicas como foros legítimos de articulação e resolução dos conflitos de interesses que permeiam as relações entre o Estado e a Sociedade é uma necessidade imperiosa, particularmente na atual conjuntura de nosso país, face às investidas de interesses privatizantes contrários à distribuição **equitativa** da renda nacional e dos benefícios sociais.” (pg. 33)

Nesta unidade de análise o foco da questão equidade está expressa nos termos de “uma distribuição equitativa de renda e benefícios sociais”, mas não aparece explicitado o vínculo da renda com o estado de saúde, e portanto classificou-se a utilização do termo equitativa vinculando-o a distribuição de benefícios sociais, compreendendo esta utilização como o relacionamento da equidade em saúde com a Distribuição de Recursos.

Também nesta unidade a equidade aparece como um fim em si, sem nenhum direcionamento a uma ação, sem uma maior problematização ou definição de atuação. Neste caso existe um sentido de reação a interesses contrários, onde o enfoque está mais em resistir a ataques do que elaborar critérios, portanto classificou-se a utilização do termo num sentido Reativo.

A existência de conflitos decorrentes da contradição entre interesses públicos e privados é apontada, mas é como se as condições de enfrentamento nestes conflitos fossem iguais entre todos os segmentos da sociedade, uma vez que não existe nenhuma referência ou diferenciação de grupos sociais.

Chegou-se então a seguinte classificação do sentido e posicionamento na utilização do termo equitativa (4): Distribuição de Recursos, Fim, Discursivo, Amplo, Reativo, Universalidade.

### 5.1.3. Quadros Sínteses

Preenchendo os quadros com os termos equidade ou de mesma raiz encontrados no relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde, temos:

Quadro I – Especificidade da abordagem da Equidade em saúde

Equidade em saúde resultante de:	Proposições / Considerações
Oferta de serviços	
Distribuição de recursos	(4)
Estado de saúde	
Acesso	
Valor Geral	(1);(2);(3).

Figura 1

## II – Posicionamento na abordagem da Equidade.

Fim	(1);(2);(3);(4).
Meio	

Figura 2

Discursivo	(2);(3);(4).
Pragmático	(1).

Figura 3

Amplo	(2);(3);(4).
Focado	(1).

Figura 4

Ativo	(1);(2);(3).
Reativo	(4).

Figura 5

Universalidade	(1);(2);(3);(4).
Especificidade	—

Figura 6

#### 5.1.4. Outras Considerações

Pode-se afirmar que as utilizações do termo equidade nas propostas da 9ª Conferência Nacional de Saúde, ocorreram com um sentido geral (Figura 1), e caracterizam-se mais como uma abordagem inicial da questão das iniquidades em saúde, para então poder chegar a diretrizes mais propositivas. De fato, de maneira geral, as propostas apresentadas carecem de pragmatismo, especificidade e concretude, constituindo-se em propostas ainda universais, que não apontam a forma

de diferenciar os segmentos privilegiados e os discriminados socialmente. (Figuras 2,3,4,5,6)

Predominou o uso dos termos equalizando, equidade ou equitativa neste relatório em sentido do senso comum, sem a especificidade conceitual que hoje consideramos existir para a saúde, que aponta para a necessidade de se compreender o estado de saúde vinculado às condições de vida e das características sócio-culturais, e portanto esta utilização se mostra efetivamente incapaz de apontar para diretrizes na construção da equidade em saúde.

Desta forma a questão da equidade geralmente não avança em propostas. Não existe uma definição de prioridades, não se percebe uma eleição dos focos problematizados e uma diferenciação de ações para as populações com menos oportunidades, quando então poderiam ser encaminhadas diretrizes para o enfrentamento das iniquidades, predomina a inespecificidade, o aspecto discursivo, amplo e de objetivo final.

Algo considerado importante é o sentido ativo na aproximação ao valor equidade, apontando uma gradativa superação de um sentimento comodista ou fatalista, nos quais as iniquidades são percebidas ou tratadas em nossa sociedade, como um cenário imutável de estruturas também imutáveis, o que sugere a pertinência de se propor uma discussão mais focada em relação ao tema equidade.

Mas certamente este sentido tem ainda sua incorporação predominantemente no nível do discurso, pois a única vez que um destes termos foi utilizada de maneira objetiva foi para a defesa da aposentadoria por tempo de serviço.

Neste relatório, nos preâmbulos das proposições de cada tópico encontrou-se uma louvável preocupação de avaliar a área para as quais são feitas as propostas, mas

o problema é que esta avaliação se reveste de um caráter meramente moral. No tópico Implementação do Sistema Único de Saúde, a distância entre os princípios, diretrizes e normas expressos na Constituição e nas leis são diagnosticados como “ausência de vontade política e decisão para implementação do SUS” (Pg. 23).

Parece não ter existido espaço para a problematização e o diálogo entre diferentes estratégias, busca-se constantemente uma amplitude enorme de foco, a ponto do consenso ser simplesmente inevitável. Pois, por exemplo, se não está claro como foi construída a avaliação de que “faz-se necessária profunda mudança do modelo assistencial de saúde” alguém pode contestar que este modelo assistencial “deve ser construído sobre base epidemiológica” ou “deve desenvolver práticas diferenciadas segundo a realidade local”? (Pg. 27). Enfim, não são explicitadas as diretrizes que devem orientar o modelo.

A estruturação deste relatório dá margem a dúvidas na definição e contagem das propostas. As citações acima deveriam ser consideradas propostas? Formalmente não se pode negar que a afirmação “o modelo assistencial deve ser construído sobre base epidemiológica” é uma proposta, embora excessivamente vaga, além de considerar-se de difícil caracterização a compreensão dada a um termo técnico, mas tão amplo, como a mencionada “base epidemiológica”.

LUZ (1994), já apontou o fato da 9ª Conferência ter sua estrutura - grandes temas, itens e sub-itens - voltada para o macropolítico ou macroeconômico, fazendo a provocação “*A 9ª Conferência Nacional de Saúde: a 8ª revisitada ?*”. Naturalmente não se espera que as conferências fiquem trazendo novidades em termos de princípios, ao contrário, pois os princípios da política nacional brasileira de saúde em termos macros estão definidos na constituição. O que se espera das conferências são

diretrizes para as políticas públicas, com sentido mais pragmático, para que possam ser implementadas, e que digam respeito a *“questões típicas do cotidiano da política de saúde e seus efeitos na vida social”*

Apenas na proposição (1) pode-se considerar que existiu uma diretriz para política pública, que é a manutenção da aposentadoria por tempo de serviço. A Reforma da Previdência no Brasil esta agora em pauta, mas como este não é o foco deste estudo, apenas ponderou-se que a aposentadoria por tempo de serviço acaba onerando sobremaneira o sistema, inclusive pelo aumento das taxas de longevidade, e no caso brasileiro não está beneficiando os mais necessitados e muito menos equaliza a situação dos trabalhadores públicos com os privados, pois enquanto estes se aposentam por uma média dos salários dos últimos anos, com a existência de um teto de dez salários mínimos, aqueles se aposentam pelo último salário com tetos muito superiores. Portanto não se considera a política de manutenção das aposentadorias por tempo de serviço com diretriz equitativa, embora seja adotado o termo.

A seguir foram selecionadas outras proposições, que não utilizaram o termo equidade ou outros de mesma raiz, mas que apresentam diretrizes para políticas públicas, e ajudarão a discutir a partir delas as concepções adotadas pelos participantes da 9ª Conferência Nacional de Saúde relacionadas ao conceito de equidade em saúde:

“- proibição do desconto dos gastos com saúde do Imposto de Renda;” (pg. 21)

“- proibir o desconto das despesas com saúde, pagamento a convênios, planos de saúde e seguridade privada no Imposto de Renda;” (pg.30)

“- que sejam desenvolvidas campanhas objetivando desestimular que

o movimento sindical incorpore nos acordos coletivos a exigência de plano de saúde privado e seja estimulada a utilização e o controle sobre o funcionamento dos serviços públicos;" (pg. 41)

Neste conjunto de proposições pode-se identificar o conflito ideológico entre a existência de um sistema público e privado de saúde, mas a proposta deste trabalho é buscar um sentido mais estratégico para a superação das iniquidades.

Concordando-se com JARDANOVSKI (1994), *"que a oferta de serviços de qualidade ajusta-se mais fortemente às características sócio-culturais da demanda do que às suas reais necessidades. Assim, a oferta de serviços de qualidade não é unicamente uma decorrência das definições de política de saúde, mas também da pressão de grupos sociais organizados"*, o que leva a ponderar que é fundamental a organização dos usuários do SUS, para o exercício de pressão para a melhoria da qualidade dos serviços.

No momento da elaboração da Constituição Federal, o consenso político contratado foi da assistência à saúde ficar livre à iniciativa privada (Art 199). Partindo-se deste princípio, e da crescente cobertura dos planos de saúde, estimada pelo IBGE, em 1998, em 38,7 milhões, é previsível que também haja pressão, por parte dos cidadãos brasileiros que pagam por serviços privados de saúde, pela dedução dos gastos em saúde no imposto de renda. Acredita-se que a maior adesão aos serviços públicos irá se dar menos pelo desestímulo à adesão de planos privados de saúde através da proibição de seus gastos junto ao fisco, e mais pela melhoria da qualidade dos serviços públicos. (KILSZTAJN, SILVA, CAMARA, 2001)

Mas se efetivamente as diferenças de acesso a serviços entre ricos e pobres, privados e públicos no Brasil ainda é muito grande, esta situação deveria motivar ainda mais as discussões e proposições de estratégias que encaminhassem as políticas de saúde numa perspectiva de redistribuição de renda, procurando que os investimentos sejam dirigidos aos que precisam mais. No contexto social que vivemos, se todos os serviços de saúde fossem públicos, provavelmente os ricos e de melhor nível educacional continuariam a receber atendimento diferenciado.

A dificuldade de se vencer a pressão de grupos organizados e das estruturas vigentes, estão expressas nas seguintes propostas.

“Os sistemas públicos fechados, como é o caso do serviço de saúde dos militares – forças armadas e políticas militares- e de certos grupos de servidores públicos, também têm de ser incorporados ao SUS.” (pg. 28)

“- não repassar recursos do SUS para a rede de serviços das forças armadas e polícias militares enquanto as mesmas não estiverem abertas a população.” (pg.30)

A justa preocupação da equidade no uso da coisa pública esta presente em ambas proposições. No primeiro caso simplesmente como identificação nítida da não observância de princípios básicos do SUS. No segundo a proposta transparece a nossa cultura legalista, além de uma certa ingenuidade, ao propor um corte de repasse de recursos a instituições tão organizadas como Polícia Militar e Forças Armadas, aceitando-se no relatório proposições desarticuladas e simplistas.

Esta adoção de um formato simplista e desarticulado também se encontra na proposição:

“- destinar recursos específicos para o financiamento de medicamentos de uso contínuo e de procedimentos de alto custo, estabelecendo financiamento para expansão do sistema oficial de produção farmacêutica e de imunobiológicos, assegurando-se a qualidade e garantindo a cobertura, sendo que parte dos recursos devem ser destinados à pesquisa;” (pg. 30)

Em vários momentos, como neste, transparece uma idéia de que não existe limite de recursos, parecendo que faltava apenas alguém chegar e declarar que se destine recursos a medicamentos e procedimentos de alto custo. Com esta opção de incorporar sugestões de investimentos separado de orçamentos, entende-se ficar improvável uma discussão de equidade como um critério para distribuição de recursos, onde a questão central não é de distribuição, mas um mero apontamento de

necessidades.

Outro aspecto considerado importante para discussão é a adoção das Conferências Nacionais como um foro de reivindicação dos trabalhadores do SUS. Entende-se que esta destinação leva a um desvio dos objetivos das conferências. As seguintes proposições foram destacadas:

“- que se profiba a remuneração baseada na produtividade , definindo-se salários dignos e criação de adicionais por condições especiais de trabalho – local, distância, turno, etc – e adicional de desempenho;”(pg.30)

“- estender aos aposentados os benefícios salariais dos profissionais da ativa;” (pg.31)

Não se trata de negar a legitimidade de tais reivindicações e sim apontar que tal proposta enfraquece, porque divide, a abordagem política do direito à saúde. A luta por salários dignos e adicionais tem o foco numa categoria profissional, e não tem a mesma dimensão política da luta pela saúde como um direito. As proposições mostram como fica difícil manter uma unidade de proposições estando o relatório aberto a pressões de grupos com maior capacidade de organização e pressão, como por exemplo, os aposentados do SUS.

A diferenciação entre produtividade e desempenho não está clara, mas certamente antes de se discutir aumento de remuneração, politicamente caberia uma discussão de critérios de aferição da qualidade do trabalho dos servidores no desempenho de suas funções, e se estes seriam aplicados ao trabalho individual ou de equipe, esta sim uma pauta para a discussão entre usuários e trabalhadores.

Pode ser verificado neste relatório que predomina o uso dos verbos no infinitivo, na maioria dos casos parecendo não estar claro ou amadurecido quem ou

como se vai “repassar, destinar ou estender”, inexistindo os sujeitos da ação. Raramente estão expressos os atores envolvidos ou junto a que instâncias deve se interagir e de que maneira. Na maior parte das vezes as propostas se constituem como uma mera expressão do desejo e vontade e não um avanço em termos de definição de diretrizes para ações transformadoras.

## 5.2. RELATÓRIO DA 10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - “SUS - CONSTRUINDO UM MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA A QUALIDADE DE VIDA”. BRASÍLIA, 2 A 6 DE SETEMBRO DE 1996.

O relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde contém 102 páginas e 369 proposições que já aparecem numeradas, mas que ainda se subdividem em várias outras. Neste relatório encontra-se uma apresentação, assinada pelo Ministro da Saúde Adib Domingos Jatene, uma introdução, assinada pelo coordenador da comissão organizadora, Nelson Rodrigues dos Santos e a Carta da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Esta carta reafirmou os temas da 8ª e 9ª Conferência, enfatizando que o novo modelo de atenção a saúde deveria passar pela maior autonomia dos municípios e regiões, com participação popular e controle social, com atuação de Conselhos de Saúde paritários, tripartites e deliberativos. O relatório foi composto pelos seguintes tópicos: Saúde, cidadania e políticas públicas; Gestão e organização dos serviços de saúde; Controle social na saúde; Financiamento da saúde; Recursos humanos; Atenção integral à saúde; Anexo 1 - Deliberações sobre a Norma Operacional Básica do SUS nº 1/96 e Anexo 2 - Documentos referidos. (ANEXO II)

O termo equidade aparece oito vezes, equânime(s) quatro, iniquidade e equanimidade uma.

### 5.2.1. Discussão a partir da Avaliação da Situação da Saúde no País

É importante ressaltar que não se encontra nenhum segmento deste relatório que se possa classificar como um quadro da saúde no Brasil, embora a Carta da Conferência fale em mudança de indicadores, resolução de problemas de saúde e aumento da satisfação da população. Apenas o objetivo de apresentar deliberações é incorporado neste relatório, quando esta função parece ser compreendida pelos delegados desta conferência como primordial.

### 5.2.2. Discussão a partir das Proposições e Considerações

Os termos que serão classificados continuarão a ser apresentados em suas unidades de análise, com letra menor e diferentes margens. Seguiu-se a metodologia proposta, conforme demonstrado nas classificações do relatório anterior, mas a partir deste momento o raciocínio da classificação será explicitado apenas quando houver algum esclarecimento que possa acrescentar ou ampliar algum conteúdo ao já apresentado.

No tópico “Saúde, Cidadania e Políticas Públicas” é apresentada como decisão dos participantes da 10ª Conferência Nacional de Saúde o seguinte:

“ 4 Defender um Estado público e solidário através de:

(...)

4.5 fortalecimento do seu papel de promotor da **equidade**.” (pg. 15)

Utilizou-se o exemplo acima para ressaltar uma mudança que entende-se ser mais de forma que de conteúdo e que permeia de modo geral todo o relatório, quando as proposições passam a ser apresentadas de maneira mais estruturada. No entanto, em relação a conteúdo de diretrizes para políticas públicas percebeu-se a mesma dificuldade encontrada no relatório da 9ª Conferência, isto é, predomina a inespecificidade, o aspecto discursivo em torno de um termo ascético e amplo, não utilizado no encaminhamento de propostas. Analisou-se o exemplo acima para explicar o que se quer dizer com “mais estruturada”, através de um esquema de pergunta e resposta.

O que a proposta defende?

-Um Estado público e solidário

Quem defende ?

-Os participantes da 10ª Conferência Nacional de Saúde.

Como se atinge esta proposta?

-Através do fortalecimento de seu papel de agente promotor de equidade.

A estrutura formal não vai além da explicitação das diretrizes constitucionais, carecendo de um conteúdo mais pragmático ou específico, onde o Estado aparece como o objeto - um Estado público e solidário, e o sujeito – agente promotor da equidade.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (1), embora com forma mais estruturada é : Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

No mesmo tópico encontra-se esta outra decisão, de “*reafirmar a Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social) como direito universal de cidadania e dever do Estado*”, seguida pelo subitem :

“11.4 defender a substituição progressiva dos serviços privados complementares do SUS por Serviços Públicos de Saúde, como forma de garantir a hegemonia do setor estatal, a **equidade** e a universalidade da Atenção Integral à Saúde;” (pg.17)

Uma maneira bastante freqüente encontrada na literatura é a que traduz universalidade como equidade horizontal, mas neste trecho isto parece não acontecer, pois são utilizadas as duas palavras como resultado esperado da substituição progressiva dos serviços privados. (IBANHES e HEIMANN 2002b)

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (2) é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

Ainda no mesmo tópico temos a decisão abaixo:

“16 O Ministério da Saúde deve gestionar junto ao Ministério da Educação e do Desporto a inclusão da linguagem de sinais como disciplina curricular nos três níveis de ensino, visando a preparação de profissionais aptos à atenção dos portadores de deficiência auditiva, tanto nos Serviços de Saúde como na escola, para proporcionar-lhes oportunidades mais **equânimes** de acesso à escolarização e ao mercado de trabalho.” (pg. 20)

Esta é uma proposição de política pública para a ampliação da inserção social de um grupo específico, os portadores de deficiência auditiva, onde em um raro momento, se explicita o reconhecimento das diferenças e desigualdades entre grupos de indivíduos, e a sugestão de uma intervenção, que inclusive é intersetorial.

A classificação dada a esta utilização do termo equânimes (3) é: Acesso, Meio, Pragmático, Focado, Ativo, Especificidade.

No tópico “Gestão e Organização dos Serviços de Saúde”, item “Descentralização e Municipalização da Saúde”, sub-item “Serviços Públicos de

Saúde não Incorporados ao Sus”, encontramos a deliberação 40:

“40 Os hospitais e ambulatórios da Rede Sarah e universitários, além dos governamentais que ainda se mantêm fechados ou restritivos aos Usuários do SUS, como aqueles das Forças Armadas, Polícias Militares e Institutos de Previdência de Servidores, devem se incorporar ao SUS de modo gradual e responsável, subordinando-se aos princípios constitucionais de universalidade, **equidade**, regionalização e hierarquização. Devem ser preservados os direitos dos trabalhadores, as fontes de financiamento e o caráter público desses estabelecimentos.” (pg.26)

Neste caso, como no relatório da 9ª Conferência, a questão do acesso a hospitais estatais, que são de uso restrito a corporações e não de uso universal ou público, volta a ser ressaltado, imprimindo à universalidade o sentido de equidade horizontal. É compreensível que a abordagem a questão da equidade encontre dificuldade em ampliar-se nas Conferências, enquanto persistir a existência de hospitais estatais que não são incorporados ao SUS, permitindo o privilégio de segmentos de trabalhadores em relação ao acesso à serviços públicos.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (4) é: Acesso, Fim, Pragmático, Focado, Ativo, Universalidade.

No mesmo tópico e item “ Atribuições dos Gestores do Sus” encontra-se a deliberação 48 que propõe que “o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem ter suas atribuições definidas de modo claro e objetivo, tendo como princípio o caráter público e democrático da gestão. Entre outras atribuições, os gestores do SUS devem:

48.7 garantir o acesso **equânime** e universal aos serviços de saúde, combatendo os mecanismos que destinam parte da capacidade dos serviços públicos para o atendimento privado;” (pg. 28 )

A classificação dada a esta utilização do termo equânime (5) é: Acesso, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

No mesmo tópico e item “ Gestão em Saúde ”, encontra-se a deliberação 51, onde “ *o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os Conselhos de Saúde devem estudar, estimular e implantar formas inovadoras e alternativas de gestão democrática, participativa e sob controle social para a contínua modernização da prática gerencial das Unidades e Serviços de Saúde e para o aperfeiçoamento do SUS. Essas formas de gestão devem ser definidas pelos seguintes critérios:*

51.1 Cumprimento da legislação do SUS, particularmente a garantia de acesso universal e **equânime** da população às ações e serviços, de acordo com as necessidades;” (pg.30)

A classificação da utilização do termo equânime (6) é: Acesso, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

No mesmo tópico e item “Relação entre os Setores Público e Privado na Área da Saúde”, encontra-se:

“67 Os Gestores do SUS devem aprofundar a legislação que trata da participação complementar do setor privado e filantrópico no SUS, estabelecendo normas, critérios e procedimentos nos Códigos de Saúde, aprovados pelos Conselhos de Saúde e pelos Legislativos, de forma a garantir qualidade, **equidade**, universalidade, eficácia e eficiência nas ações oferecidas à população por esse setor.” (pg.32,33)

Nesta proposição parece haver uma intenção de diálogo sobre o papel do setor privado no SUS, mas se é válido sugerir que os gestores proponham

especificações à legislação, mais produtivo seria os conferencistas apontarem as diretrizes para estas mudanças.

A classificação desta utilização do termo equidade (7) é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

Ainda no mesmo tópico e mesmo item, encontra-se:

“69 Os Gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem confrontar as alternativas privatizantes em curso, reafirmando a legislação do SUS e implantando a Atenção Integral à Saúde com qualidade e eficácia no atendimento dos Usuários, inclusive nos serviços conveniados e contratados. Portanto, devem rejeitar os modelos implantados com base no pronto-atendimento paliativo, que ferem os princípios de integralidade e **equidade** do SUS.” (pg. 33)

Outro conceito também freqüentemente encontrado na literatura é o da integralidade, considerado como equidade vertical. A proposição contrapõe atenção integral à saúde com qualidade e eficiência ao pronto atendimento paliativo sem, mais uma vez, apontar diretrizes.

A classificação da utilização do termo equidade (8) é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Reativo, Universalidade.

No mesmo tópico e item “Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde”, tem-se:

“72 Os Gestores do SUS devem proibir as Unidades e Serviços Públicos de Saúde de estabelecer convênios com Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, destinando sua capacidade instalada ao atendimento público, **equânime** e universal, conforme determina a legislação do SUS. O atendimento nas Unidades e Serviços Públicos de Saúde dos beneficiários dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde não deve ter qualquer diferenciação em relação aos demais Usuários do SUS, sendo vedado qualquer privilégio decorrente dessa condição.” (pg. 33)

Uma dúvida surgida no momento desta classificação foi se esta proposição deveria ser entendida como distributiva, Distribuição de recursos, ou Geral. Como está sendo proibida a venda de serviços públicos ao privado, que se constituiria numa ampliação da fonte de recurso público para o atendimento universal, não considerou-se então o foco desta proposição na categoria Distribuição de recursos, mas Geral. Considera-se absolutamente justo e uma moção contra privilégios, que se ressalte a necessidade dos usuários do SUS não receberem tratamento de qualidade inferior nos serviços estatais, em relação aos oferecidos aos usuários filiados aos planos privados. Entretanto entende-se ser polêmica a proibição da venda da capacidade excedente destes serviços aos planos privados, uma vez que deveria ser considerado o argumento da necessidade de ampliação dos recursos públicos para se atingir a universalidade, evitando-se posições com visão antieconômica e excessivamente ideológicas.

Assim a classificação desta utilização do termo equânime (9) é : Geral, Fim, Pragmático, Amplo, Reativo, Universalidade.

No tópico “Financiamento da Saúde”, item “Novas Fontes de Recursos para a Saúde”, encontra-se a seguinte proposição:

“152 Todos os Conselhos de Saúde e Gestores do SUS devem defender uma Reforma Tributária, baseada nos princípios de redistribuição de renda e da progressividade, cujo objetivo deve ser de promover o desenvolvimento social e econômico, a **equidade** e igualdade entre os cidadãos. Deve também resgatar a capacidade de gerência dos Municípios, garantindo as fontes de recursos. Um dos princípios que devem nortear esta Reforma Tributária é de que parte dos recursos financeiros arrecadados nos Municípios não sejam transferidos à União e Estados e depois devolvidos aos Municípios. A legislação deve ser reformulada para que parcela dos recursos arrecadados pela União, pelos Estados e pelos Município fique no próprio Fundo Municipal de Saúde (FMS).” (pg. 51)

Aqui, ressalta-se o aparecimento dos dois termos juntos, equidade e igualdade, podendo levar ao entendimento de uma confirmação de que estes termos adquiriram significados diferentes em nossa língua e no campo da saúde.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (10) é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

No mesmo tópico e item “Critérios para a Distribuição dos Recursos da Saúde”, tem-se a proposição :

“159 O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde, as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde devem revisar os critérios de distribuição dos recursos financeiros para a saúde. O critério de repasse também não pode ser apenas por quociente populacional, pois este prejudica os Estados e Municípios com baixa densidade demográfica que possuem elevados custos operacionais. Atualmente o Sistema de Financiamento do SUS está em desacordo com os princípios definidos por lei, pois está baseado principalmente nos repasses e remuneração por produção. A pior consequência desta forma de pagamento é a manutenção das **iniquidades**. Os Serviços de Saúde mais estruturados produzem e recebem mais, enquanto aqueles menos estruturados, não conseguem produzir tanto e recebem menos. Cria-se um círculo vicioso do qual é difícil livrar-se, impedindo aqueles serviços menos organizados de se organizarem pela falta de recursos financeiros. Deve ser revisto o sistema de remuneração e repasse financeiro por produção, tanto para o setor público como para o filantrópico usando, para tanto, estudos e experiências já existentes. Tal modalidade de pagamento privilegia as ações curativas, em detrimento de ações preventivas, além de apresentar valores defasados e pagos com freqüentes atrasos. Pg. 52

Indubitavelmente a questão da equidade é discutida como função da distribuição de recursos, mas o que deseja-se ressaltar é a preocupação em mostrar a complexidade do problema, para então passar a responsabilidade de indicar soluções

para “os outros”, no caso “o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde, as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde”. É como se não existisse o sentido de responsabilidade dos presentes em apontar diretrizes para solucionar as questões, mas apenas de apontar problemas e a responsabilidade dos outros. A riqueza léxica da proposição não lhe confere mais conteúdo, sendo duas as perguntas que esta proposição levanta sem oferecer nenhuma diretriz:

- “O critério de repasse não deve ser apenas por quociente populacional”, mas qual é a alternativa apresentada de um outro critério?
- O pagamento por produção é acusado como causa “da manutenção das iniquidades” e do privilegio às “ações curativas, em detrimento de ações preventivas”, mas qual é a proposta apresentada de outra forma de pagamento?

Assim a classificação dada a esta utilização do termo iniquidades (11) é:

Distribuição de recursos, Fim, Discursivo, Amplo, Reativo, Universalidade.

No Tópico “Atenção Integral à Saúde”, em sua introdução, temos:

“Os participantes da 10ª Conferência Nacional de Saúde reafirmaram o disposto na Constituição de 1988 e na legislação do SUS como condições imprescindíveis para qualquer reformulação ou implementação da organização das ações de saúde nas Unidades e Serviços do SUS. Consideraram que toda a população brasileira tem direito garantido pela Constituição à Atenção Integral à sua Saúde. Para tanto, reiteraram que as ações desenvolvidas e a organização das Unidades e dos Serviços de Saúde do SUS, públicos, conveniados e contratados, devem observar:

- a) as diretrizes, previstas no Artigo 198 da Constituição Federal, de descentralização, de atenção integral à saúde, com prioridade para as ações preventivas e sem prejuízo para as ações assistenciais, e de participação e controle social;
- b) os princípios estabelecidos no Artigo 7º da Lei Federal nº 8080/90:

universalidade de acesso à todos os níveis de assistência, integralidade da atenção, preservação da autonomia dos Usuários, **equanimidade** da assistência, direito à informação sobre as ações realizadas e sobre a capacidade e acesso aos Serviços de Saúde, utilização de dados epidemiológicos para a organização das ações, integração e hierarquização e resolutividade da atenção em todos os níveis.” (pg. 71)

Se por um lado é muito positivo a reafirmação de nossos princípios jurídicos, assim como a percepção do sentimento de poder que os participantes demonstram advir desta estrutura e do conhecimento dela, a constância em meras exposição dos princípios legais brasileiros nos parece uma saída pela tangente em relação a verificação de uma situação muito complexa, mas onde apontar diretrizes é o desafio proposto como objetivo das Conferências.

A classificação desta utilização do termo equanimidade (12) é: Oferta de serviços, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

Neste tópico e no item “Princípios da Atenção Integral à Saúde”, encontramos a deliberação:

“285 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem romper com o modelo de assistência individual, fragmentada, curativa e hospitalocêntrica e implantar a Atenção Integral à Saúde, através da articulação de todas as ações e do cumprimento do preceitos constitucionais e da legislação do SUS. Devem ser assegurados o repasse do poder e dos recursos até o nível local, a regionalização, a hierarquização e a **equidade**, garantindo às populações urbanas e rurais o acesso a todos os níveis de atenção e a qualquer ação de que necessitem. Deve haver a adequação do financiamento, de forma a que permita aos Serviços Públicos de Saúde a oferta de ações ambulatoriais, hospitalares, de alto custo e de alta complexidade, no âmbito individual e coletivo, e a garantia aos

Usuários do acesso aos procedimentos, insumos e tecnologias, além das ações de Vigilância e Educação em Saúde, Nutrição e outras ações intersetoriais de ampliação da qualidade de vida das pessoas. Para isso, os gestores do SUS devem considerar, entre outras questões, que:” (pg. 71)

Que valor pulula nesta consideração? O uso de expressões como “romper com o modelo de assistência individual, fragmentada, curativa e hospitalocêntrica” nos indicam uma hiper valorização da retórica e uso de chavões. De fato é difícil imaginar outro sentido de importância para uma proposição conter ainda outras expressões como “garantindo às populações urbanas e rurais o acesso a todos os níveis de atenção e a qualquer ação de que necessitem”. A questão é se esta linguagem hiperbólica, mesmo que retoricamente, colabora para o avanço de uma discussão de equidade em saúde?

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (13) é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

No mesmo tópico, no item “Políticas e Programação de Saúde”, no sub-item “Política de Medicamentos”, encontramos a seguinte deliberação com respectiva subdivisão:

“351 O Ministério da Saúde deve apresentar ao Conselho Nacional de Saúde no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a partir da divulgação deste Relatório, após ampla discussão com os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, uma proposta de Política Nacional de Assistência Farmacêutica integrada aos princípios do SUS. Essa política deve:

(....)

351.4 assegurar assistência farmacêutica técnica e cientificamente fundamentada com critérios de **equidade**, qualidade e efetividade, para suporte das ações de diagnóstico e tratamento, com uso racional de todo e qualquer medicamento necessário, enfocando as

necessidades da população e garantindo a resolutividade das ações;

Pg.84

Uma outra preocupação formal que parece ter havido na elaboração deste relatório, que se explicita nesta proposição e em muitas outras, é na definição de prazos. Esta preocupação parece apenas formal, ou talvez uma mera declaração de pretensão exercício de poder, pois existe pouca possibilidade de se cumprir ou acompanhar estes prazos. Ressalta-se a abordagem da equidade como um critério, embora não exista avanço na discussão das diretrizes para a elaboração do mesmo.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (14) é: Geral, Meio, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

### 5.2.3. Quadros Sínteses

Preenchendo os quadros com os termos equidade ou de mesma raiz encontrados no relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde, observa-se:

#### I – Especificidade da abordagem da Equidade em saúde

Equidade em saúde resultante de:	Proposições/ Considerações
Oferta de serviços	(12).
Distribuição de recursos	(11).
Estado de saúde	
Acesso	(3); (4); (5);(6).
Valor Geral	(1);(2);(7);(8);(9);(10);(13);(14).

Figura a

## I – Posicionamento em relação a Equidade.

Fim	(1);(2);(4);(5);(6);(7);(8); (9);(10);(11);(12);(13).
Meio	(3);(14).

Figura b

Discursivo	(1);(2);(5);(6);(7);(8);(10); (11);(12);(13).
Pragmático	(3);(4);(9);(14).

Figura c

Amplo	(1);(2);(5);(6);(7);(8);(9); (10);(11);(12);(13);(14).
Focado	(3);(4).

Figura d

Ativo	(1);(2);(3);(4);(5);(6);(7); (10);(12);(13).
Reativo	(8);(9);(11);(14).

Figura e

Universalidade	(1);(2);(4);(5);(6);(7);(8);(9); (10);(11);(12);(13);(14).
Especificidade	(3).

Figura f

#### 5.2.4. Outras Considerações

Embora neste relatório da 10<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde os termos equânime, equidade, equanimidade e iniquidades tenham aparecido em maior número, o sentido destes ainda é predominantemente do senso comum (Figura a), sem ainda aparecer a especificidade conceitual que equidade deve adquirir em relação a saúde, além de ser exceção os casos em que realmente se aponta para diretrizes na construção da equidade em saúde .

E apenas na classificação que recebeu o número (3), encontrou-se uma diferenciação populacional, em função da deficiência auditiva, sem contudo vinculá-la a nenhuma condição social ou econômica. Manteve-se predominantemente a estratégia de abordar a questão da equidade como um fim, a partir do todo, da universalidade, da integralidade e do direito à saúde. (Figuras b,c,d,e,f)

Neste relatório o termo equidade está mais próximo de situações práticas, como a queda de restrições aos usuários do SUS nos hospitais universitários e da Rede Sarah(4), a preocupação com os portadores de deficiência auditiva (3), a proibição dos serviços públicos atenderem planos privados e como um critério para fundamentar a política de medicamentos (14). Pode-se afirmar que em relação a equidade, um ponto ainda bastante sensível neste relatório é a restrição a totalidade

dos usuários de alguns hospitais públicos como os Universitários e das Forças Armadas, também levantado nesta proposição:

“218. Os Gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem reafirmar o princípio contra a privatização da saúde. Para tanto é necessário que os Governos Federal, Estaduais e Municipais mantenham a sua responsabilidade de financiar o SUS e que seja combatido o repasse de verbas e unidades de saúde públicas para a assistência médica privada, inclusive de categorias dos servidores públicos civis, militares e funcionários de estatais.” (Pg. 58)

Logo após a realização da Conferência anterior, o Brasil deu uma prova do fortalecimento de seu regime democrático e institucional, quando o Congresso Nacional votou pelo impedimento político do então presidente da república, Fernando Collor de Mello. Se neste contexto, na época da realização da 9ª Conferência, o clima era de luta e confronto pela defesa da continuidade de preceitos constitucionais, neste relatório da 10ª Conferência não se verifica um estado de ânimo muito mais voltado ao diálogo como seria de se esperar em uma instância participativa de um regime democrático mais consolidado .

A consolidação democrática e a contínua inclusão dos planos privados de saúde como uma conquista trabalhista em várias categorias de trabalhadores levaram a um certo esvaziamento do Movimento Sanitário, mas apesar disto ou talvez por causa disto, o aspecto ideológico dos posicionamentos assumidos pelos conferencistas em relação aos serviços de saúde privados não arrefeceu nesta Conferência, como se pode confirmar na proposição a seguir, quando se propõe a formulação de mecanismos para que os planos e seguros privados de assistência à saúde:

“70.1 Sejam obrigadas a oferecer atendimento sem restrições quantitativas ou qualitativas, sem limitações e carências, sem

reajustes diferenciados por faixa etária e sem restrições de escolha de profissionais e estabelecimentos de saúde pelos Usuários;”(Pg.33)

Talvez o termo imaturidade possa definir a proposição acima, onde se acredita que “por decreto” as empresas existirão obrigadas a oferecer tudo e ainda sem reajustes diferenciados. A constatação de que se fala em serviços sem se utilizar, pelo menos minimamente, de uma lógica administrativa, também se verifica na proposição abaixo:

“O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os Conselhos de Saúde devem proibir a terceirização e a privatização dos serviços públicos de saúde, sob qualquer de suas denominações (“cooperativas”, “fundações”, “contratos de gestão”, “organizações sociais”, concessão de serviços públicos ou outra que acarretem, na prática, o afastamento do Estado das suas obrigações constitucionais), porque geram o clientelismo, o fisiologismo e as demissões arbitrárias, sob o argumento falacioso de aumento da autonomia dos Municípios.” (Pg.33/34)

Este exemplo mostra como se aborda instrumentos de administração, em uma perspectiva maniqueísta, onde se afirma que tudo é feito com a intenção de afastar o Estado de suas obrigações constitucionais. Esta proposição leva a indagar se esta postura é na realidade, a expressão de uma cultura que pouco valoriza os aspectos mais pragmáticos da administração pública ou novamente é a expressão de posturas ideológicas, que preferem manipular opiniões em vez de ampliar a discussão na direção de parcerias e alianças. Mas a quem poderia interessar um posicionamento com tão pouca afinidade para o diálogo entre aspectos administrativos diferentes?

A aproximação a outras formas da organização de serviços, que não a oferecida exclusivamente por funcionários públicos concursados, parece ser mais aceita quando é proposto que “*o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem garantir:*”

“350.1 aos portadores do vírus HIV e doentes de AIDS o atendimento integral pelo SUS, inclusive a cobertura ininterrupta dos medicamentos necessários, acesso aos exames diagnósticos e recursos terapêuticos necessários (casas de apoio, hospital-dia, leitos em hospitais gerais), bem como apoiar os projetos de organizações não-governamentais de luta contra a AIDS. Devem implementar campanhas permanentes de prevenção à AIDS/HIV para o público em geral e também para populações específicas mais expostas ao riscos, bem como realizar uma Conferência Nacional sobre AIDS;” (Pg.83)

Entende-se que tanto a exacerbação da luta por conquistas trabalhistas quanto dos conflitos entre o público e privado nas Conferências, não facilitam o diálogo entorno das atuais concepções de equidade em saúde, mas ao contrário, capturam um espaço que, em relação a equidade, poderia ser melhor utilizado. As proposições voltadas aos trabalhadores do SUS tiveram grande crescimento, chegando a exemplos como os que seguem:

“227.4 a valorização dos Trabalhadores em Saúde através de piso salarial digno, incentivo salarial à dedicação exclusiva, do estabelecimento de vínculo entre a maior e menor remuneração, da implantação de jornada de 30 horas com regime de plantão não superior a 12 horas e da manutenção da aposentadoria por tempo de serviço com salário integral;” (Pg.61)

“227.8 a garantia de isonomia salarial para os trabalhadores em Saúde federais, estaduais e municipais, assegurando o mesmo tratamento também no que se refere a vale-transporte, *ticket*-alimentação, auxílio-creche, e outras conquistas trabalhistas;” (Pg.61)

“245 Os Gestores do SUS devem estender aos aposentados todos os ganhos do pessoal em atividade, conceder aposentadoria integral dos servidores do SUS aos 25 anos de serviço e agilizar a tramitação dos processos de aposentadoria dos servidores públicos.” (Pg.63)

Os exemplos acima comprovam a exagerada ênfase dada aos interesses dos trabalhadores de saúde nas Conferências, onde a postura predominante é a de defesa da categoria profissional, havendo um afastamento dos conferencistas do papel de agentes públicos, além disto, algumas destas proposições, como aposentadoria aos 25 anos de serviço, podem ser interpretadas como conquista de um privilégio.

Nesta Conferência muitos dos conferencistas tem uma nova condição, a de Conselheiros de Saúde, e percebe-se uma atuação bastante clara na institucionalização dos Conselhos de Saúde, assim como do papel dos conselheiros.

Pode-se considerar a defesa do fortalecimento do papel dos Conselhos um bem, desde que esta defesa não assuma um viés corporativo ou de mera instância de exercício de poder, desviando desta forma de seu sentido público, de ser um canal de participação política, inclusive mais equânime. Este relatório expressa a reprodução da cultura legalista brasileira, onde parece estar se procurando a regra, antes mesmo da discussão da função, além de, como também mostram as proposições abaixo, muitas vezes o enfoque é mais hierárquico que de cooperação, como se apenas aos Conselhos de Saúde coubesse o controle social:

“Os participantes da 10ª Conferência Nacional de Saúde deliberaram pelo aprofundamento e pelo fortalecimento do Controle Social, reafirmando a obrigação dos Gestores de cumprirem a legislação do SUS também no que se refere ao caráter permanente e deliberativo

dos Conselhos de Saúde na formulação e no controle da execução da política de saúde. Determinaram ainda as responsabilidades dos Gestores do SUS no estabelecimento de medidas que garantam o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde. Destacaram proposições de alteração da composição atual dos Conselhos de Saúde e de reforço da articulação autônoma entre Conselhos e Conselheiros de Saúde.” (Pg.41)

“119 As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite devem ter suas funções claramente definidas, não devendo avançar sobre as funções deliberativas dos Conselhos de Saúde e submeter suas proposições às decisões dos mesmos.” (Pg. 43)

As seguintes proposições, são um pouco nebulosas, mas mostram claramente a preocupação com a ampliação do poder dos Conselhos Municipais de Saúde:

“115 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde não devem aceitar prestações de contas ou repassar verbas às Secretarias Estaduais e Municipais que não respeitem efetivamente o poder deliberativo dos Conselhos de Saúde sobre a destinação, o controle e a alocação de recursos financeiros e sobre a definição da política de saúde a ser implementada.” (Pg.43)

“197 O Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem criar mecanismos legais, para que os Conselhos Municipais de Saúde tenham controle sobre os credenciamentos e pagamentos feitos via a Tabela de Procedimentos do SUS (SIH, SIA e SIOP), principalmente enquanto não se mudar a ótica do financiamento que destina recursos através do pagamento de produção.” (Pg.56)

Talvez por que muitos dos participantes estivessem investidos do papel de conselheiros, neste relatório as proposições, exceto as de cunho trabalhista, parecem assumir ainda mais a expressão de uma desejo geral, mas sem avançar muito nos aspectos de formulação de diretrizes para políticas públicas. Considerando um avanço

cogitar que a política de credenciamento e pagamento esteja fundamentada também em outros critérios além da produção, a ausência de propostas adotando o critério da equidade indica que ainda existe uma grande dificuldade em assumi-lo de fato.

Por outro lado, existem proposições, como a que segue, com alto grau de definição, expressos em porcentagem:

“166 O Ministério da Saúde deve aumentar os percentuais de recursos para órteses e próteses ambulatoriais de 2,5 para 5% e garantir recursos para o cumprimento das Portarias que determinam a concessão de órteses, próteses e medicamentos especiais.” (Pg.53)

Mas a ausência de qualquer indicação de onde vai ser retirado estes outros 2,5%, ou pelo menos de quem passaria a ser atendido com esta ampliação de recursos mostram quão longe a organização e elaboração das proposições se encontram da explicitação da utilização do conceito de equidade em saúde.

Verifica-se que neste relatório pareceu haver uma preocupação em colocar frases com sujeito, ao contrário do relatório da conferência anterior. Embora apenas se atribua a esses sujeitos, Ministério da Saúde, gestores do SUS, governos, Secretarias Municipais e estaduais e conselhos de saúde as responsabilidades já previstas, o que dá a impressão de pouco amadurecimento na compreensão e enraizamento do papel público dos atores políticos, de acordo inclusive com a Constituição Federal. Em alguns momentos parece que a vocação das Conferências Nacionais de Saúde, está em assumir o papel de fiscalização sobre o exercício da função pública dos outros entes políticos, e não de proposição de diretrizes para a melhor prática destas funções públicas.

Parece que neste relatório os princípios constitucionais foram mais incorporados, mas numa cobrança geral de que o governo tudo pode, e o Estado é

capaz de tudo oferecer. Ou que outra interpretação poderia ser dada a uma proposição como a seguinte?

“12 Os governos devem articular as políticas públicas para garantir uma vida com mais qualidade e a otimização dos recursos públicos. O Estado Brasileiro deve se responsabilizar pela formulação e implementação de políticas que integrem saúde, educação, alimentação e nutrição, moradia, informação pública, saneamento, meio-ambiente, geração de emprego e de renda, distribuição e acesso à terra.” (pg.18)

A proposição acima parece demonstrar a concepção de que o governo é capaz, sem necessidade de parcerias ou alianças, de dar conta de todas as demandas do Estado.

O grande aumento da quantidade de proposições neste relatório dá a sensação de que houve um relaxamento nos critérios de relatoria desta Conferência. Com a observação de algumas “normas”, ampliou-se a incorporação de propostas neste relatório. Identificamos como algumas destas normas, “não se defender a contratação de serviços privados”, e “nunca cogitar mudanças nos vínculos dos servidores públicos”, estas suposições baseiam-se no fato de não se encontrar nenhuma proposição que sugerissem tais possibilidades.

O inchaço no tamanho do relatório leva a interpretação de uma liberação normatizada, que resultou em algo como um relatório colagem, onde respeitadas algumas regras, a relatoria tudo incluiu, se eximindo de uma postura mais crítica. Desta forma as resoluções resultam em proposições sem um real conteúdo, muitas vezes não indo além da repetição de princípios constitucionais. Onde efetivamente a equidade não é incorporada ou ao menos discutida como um critério para a tomada de decisão em políticas públicas.

Tome-se o exemplo abaixo:

“194 O Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais

de Saúde devem propor os critérios para tratamento no exterior e para fornecimento de medicamentos especiais para serem aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.” (Pg.56)

Dois aspectos chamaram atenção nesta proposição, primeiro o formato onde fica a impressão de que está se dando uma ordem, quando provavelmente está ocorrendo uma fuga de responsabilidade. Ora, que as instituições citadas poderiam propor critérios, já deveria estar entendido, mas as questões são: O SUS deve mesmo cobrir tratamentos no exterior? E no mínimo, dentro de uma ética de responsabilidade e participação, o momento seria de já apresentar alguma proposta, para ser discutida e aprovada ou não. Predomina o adiamento da discussão de diretrizes ou definição de critérios para a priorização de ações. O outro aspecto bastante preocupante é a tendência de ampliar o poder dos conselhos. Será que o autor desta proposta não era um conselheiro com interesse próprio nesta questão? Mas o fato é que esta proposição foi aceita e nenhuma idéia de priorização com vistas a equidade foi acrescentada. Um detalhe que pode ser levantado e que parece ter passado, é que estes serviços envolveriam obrigatoriamente o setor privado.

Neste relatório o tom predominante ainda é o da inespecificidade em relação a equidade em saúde, mas encontrou-se momentos com mais ênfase na abordagem desta questão, explicitando sua colocação na agenda das políticas públicas, como quando se expressou “priorizar os grupos socialmente excluídos”.

### 5.3. RELATÓRIO DA 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – “EFETIVANDO O SUS: ACESSO, QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE, COM CONTROLE SOCIAL”.BRASÍLIA, 15 A 19 DE DEZEMBRO DE 2000.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada quatorze anos após a 8ª Conferência, e seu relatório contém 68 páginas e 296 proposições que como no relatório anterior aparecem numeradas e ainda se subdividem em tantas outras.

Compõe-se dos seguintes tópicos:

- Introdução. Neste relatório a introdução é composta pela Carta da XI Conferência Nacional da Saúde e pela Agenda para a efetivação do SUS e do controle social.
- Cenário. Em oposição aos relatórios anteriores, foi dado um grande espaço ao objetivo de apresentar um quadro da saúde no país no relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde, apresentando uma subdivisão composta pelos itens: SUS como política social; Gestão do SUS; O acesso aos serviços do SUS; O modelo assistencial no SUS; Financiamento do SUS; Recursos humanos; Controle social sobre o SUS; Políticas de informação educação e comunicação – IEC; Responsabilidades dos poderes Legislativo, Judiciário e do Ministério Público na garantia de acesso qualidade e humanização; Desafios.
- Proposições. O objetivo de apresentar proposições aparece destacado e subdividido nos seguintes tópicos: Controle social; Financiamento da atenção à saúde no Brasil Gestão do SUS; Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social; Recursos humanos; Políticas de informação educação e comunicação (IEC) no SUS. (Anexo III)

Neste relatório são referidos os avanços no processo de construção do SUS, em termos de condições de saúde e criação do arcabouço jurídico-institucional. Com relação ao modelo assistencial e de gestão, enfatizaram a necessidade de políticas intersetoriais, de incorporação de tecnologias e de formação de recursos humanos.

O termo equidade aparece vinte e cinco vezes, equânime três, iniquidade(s) três e equalização uma.

### 5.3.1. Discussão a partir da Avaliação da Situação da Saúde no País

Neste relatório encontram-se dois segmentos com sentido avaliativo, primeiro a introdução com a Carta da XI Conferência Nacional de Saúde, e o segundo mais amplo com diversos subitens, denominado cenário.

Na Introdução é apresentado como dado populacional, “50 milhões de pessoas em estado de miséria”, este é o único dado populacional utilizado para descrever o quadro de situação de saúde da população brasileira.

O valor do investimento público em saúde referido foi de “apenas R\$ 300,00 per capita ano”, em contraposição aos gastos de pagamentos da dívida pública “com juros e amortização da dívida pública, R\$ 20 milhões de reais por hora, ou seja, R\$ 480 milhões por dia.” Fica bastante evidente o direcionamento da discussão financeira para uma reprovação ao então governo, onde se assume a visão econômica de que se existe limite de recursos, o responsável é o pagamento de juros e amortização da dívida. A discussão continua sendo mais emocional e superficial que administrativa ou estratégica, porque não levanta a preocupação de como é gasto este dinheiro. Entretanto, é importante ressaltar que foi a primeira vez, nestes três relatórios, que se apresentou um dado quantitativo de gasto em saúde, embora o predomínio no relatório em geral ainda é da avaliação com abordagem puramente qualitativa.

Após a apresentação dos dados acima e do destaque das “medidas do rigoroso programa de ajuste fiscal” do projeto econômico e social do Governo Fernando Henrique, encontramos expresso que :

“Este quadro compromete a busca da universalidade e da **equidade** no SUS, aprofundando a divisão no Sistema de Saúde brasileiro,

condenando a maioria da população brasileira a um sistema de saúde ainda precário e fragilizando o processo de consolidação do SUS, enquanto prevalecer esta atual política.” (pg.4)

Neste parágrafo observa-se algo incomum nos últimos relatórios, a constatação de que o SUS é uma parte do Sistema de Saúde brasileiro, e de certa maneira compara o sistema público e gratuito ao sistema de saúde privado. Aqui chegamos a ter dúvida se com a explicitação desta divisão pode-se considerar que houve uma tendência menos universalizante do usuário do SUS, e portanto poderíamos entender a utilização do termo equidade no SUS com sentido de especificidade. Concluiu-se por adotar a classificação Universalidade, apesar da ânsia do pesquisador de querer ver o usuário dos múltiplos serviços do SUS conhecido e diferenciado

Então a classificação dada a esta utilização do termo equidade (1) neste texto destacado é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Reativo, Universalidade.

Ainda na introdução, no subitem Agenda para a Efetivação do SUS e do Controle Social, encontrou-se:

“(....) diante desse quadro, nós, reunidos nesta 11ª Conferência Nacional de Saúde defendemos:

(.....)

6. Acesso universal à atenção integral, **equânime** e humanizada, garantido o financiamento de todos os níveis da saúde, com autonomia dos municípios e estados na elaboração e execução de seus Planos, com aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde.” (Pg.4)

A postura de se ignorar a realidade da existência de limites, ainda mais em um campo onde a limitação é tão reconhecida quanto no caso do financiamento, não

contribui para a produção de uma cultura de definição de prioridades. A cultura predominante é de uma visão de ausência de limites, que se expressa no uso de palavras com sentido totalizante como universal, integral e financiamento de “**todos os níveis da saúde**”. Em relação ao aspecto político, mais uma vez encontramos uma super valorização do papel dos Conselhos de Saúde.

Entendemos que o uso constante de termos com sentido totalizante, onde se repete a idéia de todos terem tudo, acaba por obscurecer a necessidade de priorização de quem e o quê deve ser atendido primeiro, aspecto tão fundamental para que o princípio ético da equidade adquira uma dimensão aplicável de critério numa realidade onde os recursos são escassos e finitos.

A classificação dada a esta utilização do termo equânime (2) é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

No cenário, sub-item O SUS Como Política Social, encontra-se o parágrafo:

“Mas os avanços são dificultados pelo fato de que a proposta do SUS – um sistema construído com base em princípios de solidariedade social, que assegura a universalidade do acesso e a integralidade da atenção - não é compatível com o atual modelo econômico. E, num contexto social em que a cultura política é marcada pelo autoritarismo, pelo clientelismo, pela exclusão, a luta pela preservação das conquistas sociais é dificultada pela frágil organização da sociedade, em especial dos setores que mais sofrem as conseqüências da pobreza e da **iniquidade social**.” (pg. 6)

Este parágrafo expressa muito bem como algumas vezes o setor saúde não é entendido positivamente, em sua potencialidade de produzir justiça social, mas como um sistema subordinado, que apenas reage a políticas econômicas nacionais e ao contexto cultural produzido historicamente. A segunda parte da frase, que fala da fragilidade da organização da sociedade, parece isentar o SUS de contribuir para

reforçar a ação comunitária, transformando a fragilidade deste controlo social. Mais a frente procura equacionar esta segunda questão, através da recomendação da capacitação dos atores dos Conselhos, para que contribuam para reverter as conseqüências de pobreza e da iniquidade social.

A classificação dada a esta utilização do termo iniquidade (3) é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Reativo, Universalidade.

No sub-item, A Gestão do SUS, encontramos o parágrafo:

“Os tetos financeiros atuais são insuficientes para o atendimento das demandas e os critérios de repasse de recursos não refletem as necessidades locais e não respondem ao desafio da **equidade**, da garantia do acesso, da qualidade e da humanização da atenção. Não há incremento de recursos para investimentos em regiões com carência de serviços e para custeio em regiões com capacidade instalada suficiente. Os municípios com crescimento demográfico sazonal – com população itinerante, tais como turistas, migrantes, acampados, assentados, ou localizados em zona de fronteira - não recebem recursos adicionais para a ampliação da capacidade dos serviços. Municípios com menor arrecadação de impostos não recebem recursos adicionais para garantir o acesso à população às ações de saúde.” (pg.8)

Mais uma vez pode-se constatar claramente como a questão da equidade, conforme conceituado no capítulo anterior, orientaria a dar mais a quem tem menos, não é absorvida como um critério para observar a realidade, parece não haver nenhum significado prático, não se constituindo num instrumento de aproximação à outras questões, mesmo quando se fala de insuficiência de recursos e de acesso.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (4) é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Reativo, Universalidade.

No mesmo sub-item, temos este outro parágrafo:

“Para os participantes da 11ª CNS, os serviços especializados têm gargalos que exigem a intervenção dos gestores para garantir a **equidade** da atenção, de acordo com a necessidade de cada usuário do sistema. O acesso aos serviços especializados é ainda muito precário. Embora haja aplicação privilegiada de recursos de custeio nos níveis de maior complexidade, em detrimento da atenção primária, é insuficiente o investimento nas ações de média e alta complexidade, com pontos de estrangulamento que precisam ser identificados e solucionados. A oferta de serviços de alta complexidade é desproporcional à demanda atual e não se dá a partir da leitura sistematizada das necessidades sociais. Esta situação se agrava à medida que são incorporados novos usuários ao Sistema, tanto pelo aumento populacional quanto pela estruturação de unidades do PSF em localidades antes desassistidas. Geralmente centralizados nas grandes cidades, esses serviços são insuficientes e de qualidade e indicação questionável. Há grande privilégio ao setor privado na produção de serviços, inclusive com benefícios fiscais.”  
(pg.8 e 9)

Considerando-se que neste momento o que se apresenta é uma avaliação da situação da saúde, vale a pena voltar a refletir sobre o conceito de avaliação que permeia este trecho do relatório. Entende-se que o predomínio de um diagnóstico qualitativo não favorece o diálogo entre gestores e usuários que poderia apontar para novos caminhos e soluções. Parece simplista apresentar como solução sempre o aumento de investimentos, sem abordar a distribuição de recursos a partir do critério de equidade e ainda sem questionar a orientação e qualidade dos serviços de saúde.

Entende-se que a colocação do instrumento benefício fiscal como um privilégio ao setor privado, indica a posição ideológica contrária a presença da iniciativa privada na Saúde Pública.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (5) é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Reativo, Universalidade.

Ainda no mesmo sub-item, encontra-se mais este parágrafo com o uso do termo equidade:

“ O problema do atendimento às emergências é particularmente destacado. Há municípios onde esses serviços inexistem ou funcionam precariamente. Há sobrecarga nas capitais e grandes centros urbanos, o que evidencia tanto a escassez de serviços resolutivos na maioria dos municípios quanto o estrangulamento da rede básica nas capitais e cidades de maior porte, que deveria solucionar a maioria dos problemas que acabam recorrendo às emergências. Entendem os participantes da 11ªCNS que a garantia do funcionamento de um serviço de emergência 24 horas em cada município é fundamental para garantir a **equidade** e a universalidade da atenção e para que a população que ganha pouco ou é desempregada possa confiar no SUS.” (pg.9)

É interessante neste parágrafo o apontamento para a necessidade dos usuários confiarem no SUS, afinal não é possível a existência política sem confiança, mas novamente a equidade é apresentada como um fim e não um meio, mesmo quando se é bastante pragmático como na cobrança de um serviço de emergência 24 horas em cada município.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (6) é: Oferta de serviços, Fim, Pragmático, Focado, Ativo, Universalidade.

No sub-item O Modelo Assistencial no SUS, temos o parágrafo:

“O Brasil ainda não tem um modelo de atenção à saúde adequado, que atenda aos problemas de saúde no país com **equidade**. Os modelos vigentes mantêm caráter assistencialista, sendo incapazes de responder às necessidades da população. São modelos obsoletos, curativistas, assistencialistas, operados por profissionais despreparados para atuarem com o respeito devido pelos direitos do paciente e suas necessidades, com a qualidade necessária. São centrados na figura do médico, mais voltados para a doença, gerando expectativa de que a única forma de resolver os problemas de saúde seja tratar medicamente a doença. São modelos privatistas, que praticam arrocho salarial e a precarização das relações de trabalho. Ademais, não são estimuladas alternativas assistenciais menos caras e

complexas, de reconhecida eficácia, como os tratamentos e internações domiciliares ou práticas terapêuticas não hegemônicas, como a acupuntura, fitoterapia e homeopatia. O sistema continua fragmentado e a intersectorialidade é precária.” (pg. 11)

Neste segmento do relatório percebe-se claramente a elaboração de colagem, para se abordar praticamente tudo. Mesmo aceita a abordagem qualitativa da avaliação neste relatório como uma opção, transparece uma excessiva preocupação com a retórica que se expressa em excesso de uso de palavras com finais –istas, como “privatistas”, “curativistas”, “assistencialistas”. É dada uma conotação excessivamente negativa às atribuições fundamentais de qualquer modelo de atenção à saúde, como a assistência e a cura, sem apresentar sugestões concretas de encaminhamento.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (7) é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Reativo, Universalidade.

No sub-item Financiamento do SUS, temos o parágrafo:

“A questão do financiamento tem sido, ao longo dessa década de implantação do SUS, um dos temas mais candentes na agenda de construção do SUS. Durante a década dos noventa, a crise do financiamento se expressou através de montantes insuficientes, irregularidade dos fluxos financeiros, necessidade de superar formas e critérios de repasse que não contemplavam a **equidade** como princípio orientador.” (pg.12)

Neste caso entende-se a equidade apresentada como um princípio orientador para a distribuição de recursos financeiros e portanto classificou-se o uso do termo como Meio, mas de caráter retórico do uso e também reativo, por que não avança em sentido propositivo.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (8) é: Distribuição de recursos, Meio, Discursivo, Amplo, Reativo, Universalidade.

No mesmo sub-item, no parágrafo seguinte encontramos novamente o termo equidade:

“No entanto, os participantes da Conferência reconhecem que algumas conquistas importantes foram alcançadas, como resultado das intensas mobilizações e forte pressão política exercida sobre a União e o Congresso Nacional. A criação da CPMF, ainda que operando como fonte substitutiva, permitiu a regularização do fluxo dos recursos ao longo dos exercícios financeiros. A instituição do Piso de Atenção Básica permitiu o repasse fundo a fundo de recursos destinados às ações e serviços básicos, com critérios assentados em bases populacionais, introduzindo um importante elemento de redução de desigualdades na distribuição dos recursos federais e permitindo aos gestores iniciar um processo de reorganização da rede de serviços. E, neste ano 2000, a conquista da aprovação da Emenda Constitucional 29/2000, ainda que não represente a forma ideal desejada pelo setor, cria horizontes mais favoráveis quanto aos montantes destinados à saúde e coloca desafios para o controle social quanto ao melhor e mais adequado destino dos recursos acrescidos. As principais restrições à EC29/00 estão associadas ao fato de não vir acompanhada de uma regulamentação imediata que garanta um significativo aumento dos recursos na área da saúde, principalmente pelas indefinições sobre o que será admitido como gastos em ações e serviços de saúde. Além disso, é preciso garantir formas efetivas de que os recursos adicionais ajudem a constituir a garantia do acesso, da qualidade e da humanização da atenção e o aumento da **equidade**. Também é preciso que seja formulado um Projeto de Lei que contemple, a partir de 2004, a conformação de um novo patamar de financiamento para a saúde. Por outro lado, a aprovação da EC 29 abre uma etapa de luta nos municípios e estados, para que de fato se cumpra o comprometimento de recursos previstos na área da saúde.”  
(pg. 12)

Novamente encontra-se a problemática da equidade vinculada a um aumento de recursos. Não se está querendo dizer o setor não precise de mais recursos, mas

agora com a Emenda Constitucional 29 a questão do financiamento público ao setor saúde está em parte equacionada e torna-se portanto fundamental tratar a equidade como critério para distribuição dos recursos, pois estes recursos frente aos anseios continuarão limitados.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (9) é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

No sub-item Controle Social sobre o SUS, encontramos o termo equidade no seguinte parágrafo:

“Os Conselhos de Saúde carecem de estrutura, capacitação e assessoria para assumirem as tarefas decorrentes de uma postura mais ativa de apropriação e uso das informações, refletindo-se em controle social pouco efetivo. O Conselho é um espaço que deve sempre questionar se estão sendo respeitadas as diretrizes do SUS frente a cada iniciativa do sistema: garante-se o acesso universal, a integralidade do Sistema, a **equidade** na alocação de recursos? O controle e a participação sociais? Que fonte paga a iniciativa, qual o custo/benefício da mesma? Deve ser exercido mesmo nos debates técnicos, como o referente ao Cartão do SUS.” (pg.16)

É interessante observar que, embora em sentido amplo e discursivo, houve uma preocupação de levar aos Conselhos de Saúde o critério da Equidade na alocação de recursos de uma maneira bastante ativa e problematizadora.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (10) é: Distribuição de recursos, Meio, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

No sub-item Responsabilidades dos Poderes Legislativo, Judiciário e do Ministério Público na Garantia de Acesso, Qualidade e Humanização, temos o termo equidade no seguinte parágrafo:

“No que se refere às responsabilidades dos Poderes Legislativo e Judiciário e do Ministério Público na garantia do acesso,

**equidade**, qualidade e humanização na atenção à saúde, os participantes constataam que:

1. Faltam informações sobre o SUS, sua legislação, problemas e perspectivas, tanto no caso do Ministério Público, como no Judiciário e no Poder Legislativo. Da mesma forma, faltam instrumentos de articulação entre esses Poderes em termos de comunicação, de capacitação e de controle. Em situações em que há avanços na atuação do Ministério Público, ocorrem também progressos no encaminhamento de questões relacionadas à garantia do direito à saúde.” (pg.18)

O fortalecimento da saúde como um direito não poderia estar distante dos processos legais numa cultura legalista como a brasileira e certamente tem sido bastante produtivo o fortalecimento das relações com o Ministério Público. Explicita-se a equidade de acesso com o foco no aspecto legal, mas de maneira muito ampla.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (11) é: Acesso, Fim, Discursivo, Amplo, Reativo, Universalidade.

No mesmo sub-item, encontra-se o termo equânime no seguinte contexto:

“ No que toca ao Ministério Público, os participantes entendem que ele pode contribuir para a implantação do SUS garantindo o direito constitucional à saúde, cumprindo sua competência. No entanto foram apontados os seguintes entraves a esta articulação:

(....)

d) A consequência deste quadro – ressaltando grupos de promotores comprometidos e participantes, que impulsionam ações que preservam o acesso universal, **equânime**, aos usuários do SUS – é, muitas vezes, a desassistência à população e a falta de compromisso público de alguns promotores. Usuários reclamam do excesso de burocracia e lentidão do MP e diagnosticam muitas vezes o uso do conhecimento que tem da lei para ludibriar o usuário.” (pg.18)

Constata-se a crescente ênfase dada a possibilidade de cobrança legal dos princípios do SUS como um canal para a garantia da equidade, assim como de uma maior atuação do Ministério Público nesta direção.

A classificação dada a esta utilização do termo equânime (12) é: Acesso, Fim, Discursivo, Amplo, Reativo, Universalidade.

Neste relatório após a exposição do “cenário”, foram destacados “pontos a serem tratados como desafios para acelerar a efetivação do SUS no cotidiano da população”, onde encontramos o termo equidade no seguinte contexto:

“2. Reverter a percepção do MP de que a questão central do SUS é a igualdade de acesso, o que vem fazendo com que muitas vezes o gestor acate proposituras do MP e decisões do judiciário que, do ponto de vista da **equidade** são extremamente injustas;” (pg 19)

Na colocação deste desafio fica bastante claro a opinião de que o desenvolvimento da questão do direito a saúde em uma dimensão legalista não dará conta, no caso das diversidades na sociedade brasileira, de garantir a produção da equidade em saúde. Mas naturalmente é necessário que a questão da equidade seja fortalecida legalmente para não existir contradição entre “igualdade de acesso” e equidade.

Nesta unidade, embora haja a referência ao acesso, entende-se que o sentido da utilização do termo cabe melhor na classificação Geral.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (13) é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Reativo, Universalidade.

### 5.3.2. Discussão a partir das Proposições e Considerações

A terceira parte do relatório é composta pelas proposições que estão agrupadas por tópicos. No primeiro tópico, Controle Social, não houve utilização do termo equidade. No tópico Financiamento da Atenção à Saúde no Brasil, encontramos o termo equidade na seguinte proposição:

“29. Propõem adotar o orçamento participativo em todas as esferas de governo, entendendo o mesmo como instrumento para a garantia da transparência e **equidade** na alocação dos recursos públicos, definindo e orientando padrões de gastos e gerenciamento compatíveis com o volume de recursos disponíveis. As propostas orçamentárias, as leis de diretrizes orçamentárias e os planos plurianuais de investimento, com esse mesmo intuito, devem ser aprovados previamente pelos Conselhos para posterior encaminhamento ao Poder Legislativo.” (pg.30)

Observa-se como a equidade pode ser considerada um fim e não um meio, mesmo estando ligada a alocação de recursos. Nesta proposição o meio para se garantir a equidade é a ferramenta orçamento participativo, quando se entende que o valor deste instrumento está em possibilitar uma participação com mais equidade.

A defesa do fortalecimento do papel dos Conselhos fica patente quando se propõe que os orçamentos e as leis orçamentárias devem ser antes aprovados pelos Conselhos.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (14) é: Distribuição de recursos, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

No mesmo tópico, sob o sub-título de Critérios para Repasse de Recursos Federais e o Papel Redistributivo dos Governos Federal e Estadual no Financiamento da Saúde, encontramos o termo equidade na seguinte proposição:

“35. Os participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde reafirmam que, para garantia dos princípios de Descentralização, Integralidade e Controle Social, com autonomia dos Entes Federados, os recursos deverão ser repassados Fundo a Fundo, tanto da União para estados e municípios como dos estados para os municípios, determinando que a divisão do volume de recursos seja feita não apenas pelo critério per capita, que não garante a produção da **equidade**, mas através da aplicação do Art. 35 da Lei 8080/90, que determina a adoção de critérios que contemplem perfil demográfico, perfil epidemiológico, características da rede de saúde, desempenho técnico e financeiro, níveis de participação do setor saúde nos orçamentos, plano de investimentos da rede e ressarcimento de atendimentos para outras esferas de governo. Esses recursos deverão ser alocados nos Fundos de Saúde e sua utilização será feita, conforme deliberado pelo respectivo Conselho, em acordo com os Planos de Saúde, levando em conta as peculiaridades, problemas e necessidades da população de cada local e região. Para a regulamentação dos critérios de divisão dos recursos, que deverão ser pactuados pelos gestores anualmente e aprovados pelos Conselhos de Saúde, deverá ser levado em conta a cobertura de atenção básica, a cobertura por agentes comunitários, saúde da família ou similares; ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental; política de atenção aos agravos de maior prevalência, doenças crônico-degenerativas, saúde mental, saúde do trabalhador, da criança e do adolescente, DST/AIDS, atenção integral à saúde da mulher, combate às carências nutricionais, política de assistência farmacêutica; áreas de assentamento rural, regiões turísticas, fluxo de populações flutuantes, áreas indígenas, amazônicas e pantaneiras, localidades de difícil acesso, áreas de fronteira interestadual; implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários ( PCCS); projetos e programas de informação, educação e comunicação e outros critérios e prioridades a serem aprovados pelos Conselhos. Para o cálculo da necessidade de recursos deverão ser utilizados critérios parametrizados de

necessidade e custo das ações e serviços e não a média histórica de produção de serviços.” (pg.32)

Novamente se encontrou equidade como um fim que não seria alcançado pelo critério per capita de divisão de recursos, mas as alternativas de outros critérios para o repasse são citadas como algo já previamente definido. Assim as responsabilidades sobre estas definições e principalmente suas diretrizes não são explicitados, apenas a necessidade da aprovação pelos Conselhos de Saúde.

A proposição sugere que a equidade na distribuição de recursos não resulte no estabelecimento de uma quantia per capita igual para todos os municípios, mas que considere o perfil da população e a partir dele suas necessidades em termos de cobertura, atenção à saúde, vulnerabilidade a problemas ou agravos à saúde. Deve também considerar as necessidades de estrutura para o desenvolvimento de ações, bem como capacitação de pessoal.

Apesar de apontar critérios múltiplos para a decisão sobre a distribuição de recursos, os conferencistas não assumem a responsabilidade de indicar pontos de corte para um ordenamento de prioridades, e por isso classificou-se esta utilização do termo equidade como discursivo.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (15) é: Distribuição de Recursos, Fim, Discursivo, Amplo, Reativo, Universalidade.

No mesmo tópico, no subtítulo Gestão de Recursos – Atendendo as Necessidades Sociais e Avaliando Resultados, encontrou-se o termo equidade na seguinte proposição:

“43. Estabelecer mecanismos para criar uma compreensão de investimentos na área da saúde como investimento social, que deve

ter aporte financeiro suficiente em todos os níveis de complexidade da atenção, dimensionado a partir das necessidades sociais, epidemiológicas, sanitárias e dos resultados alcançados pelos serviços existentes, de modo a alcançar a **equidade** de acesso e integralidade das ações. As ações e prioridades que orientarão a distribuição desses recursos devem ser definidas nos Planos de Saúde, elaborados de forma ascendente, com participação de todas as instâncias do SUS e agregando ações intersetoriais.” (pg.35)

Neste caso classificou-se o uso do termo equidade como geral. Embora esteja ligado à palavra acesso e integralidade, ou melhor equidade vertical, não há nada que problematize a relação equidade/acesso e equidade/integralidade nesta proposição. Parece que o termo “equidade de acesso” teve sua utilização como um slogan e não como um critério de pontos de cortes para o estabelecimento do que seria acesso equitativo ou mesmo integralidade.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (16) é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

Ainda sob o mesmo subtítulo, encontrou-se o termo equidade na proposição:

“ 46. Agilizar a implantação do Cartão SUS como um instrumento para efetivar a **equidade**, alocar a orientação de recursos e melhor controle financeiro.” (pg.35)

Novamente foi colocado que a equidade será alcançada através da adoção de um outro instrumento, como em relação ao orçamento participativo. Parece que os participantes das Conferências usaram o termo equidade como um argumento de sensibilização que dispensaria maiores reflexões, sem a possibilidade de sua aplicação como um critério. Neste caso, como e porquê o cartão SUS vai efetivar a equidade?

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (17) é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

No mesmo tópico e subtítulo Relações de Responsabilidade entre os Gestores do SUS para a Garantia do Acesso, Qualidade e Humanização, encontra-se o termo equidade no seguinte contexto:

“59. Garantir a organização regional na pactuação da PPI, buscando a **equidade** entre municípios de diferentes portes, bem como a referência e a contra-referência, respeitando a autonomia municipal e as especificidades dos municípios-polo.” (pg.36)

Em relação ao exemplo acima, como será que os participantes desta Conferência pensam ser possível garantir a organização regional buscando a equidade entre municípios de diferentes portes? Não encontrou-se nenhuma indicação.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (18) é: Geral, Fim, Discursivo, Focado, Ativo, Universalidade.

No tópico Modelo Assistencial e de Gestão para Garantir Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social, encontra-se o termo equidade na seguinte proposição:

“74. Dada a leitura dos determinantes das condições de saúde da população, os participantes da 11ª CNS enfatizam a defesa de amplas propostas de políticas intersetoriais, incorporação de tecnologias estratégicas à qualidade de atenção à saúde, formação do pessoal de saúde, formação dos gestores e formação dos conselheiros de saúde. A garantia de **equidade** e de acesso passa pelo conceito de regionalização da rede com amplas parcerias sociais e intergestores. A informação em saúde desponta como um insumo fundamental ao planejamento e ao aperfeiçoamento das lutas por saúde. A educação na área da saúde nunca foi tão enfatizada, e não se trata mais de formar pessoal competente tecnicamente, mas que tenha vivido e

refletido sobre o acesso universal, a qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.” (pg.37,38)

Esta foi a primeira Conferência a utilizar o termo políticas intersetoriais. Apareceu como proposta ligada a garantia de equidade, o que pode ser interpretado como uma retomada do conceito amplo de saúde, pactuado entre os atores do Movimento Sanitário e inserido na nossa Constituição. O conceito de saúde a partir de amplas parcerias sociais e intergestoras é outra proposição para garantia de equidade em saúde e da melhoria da qualidade de vida. Entretanto, considera-se o texto acima como um conjunto de intenções e menos como uma proposição. Este tom de valorizar a expressão de boas intenções permeia também grande parte das proposições deste relatório. De concreto identificou-se a necessidade da regionalização da rede de serviços e da adoção de políticas intersetoriais executadas através de parcerias e redes. Será que estas intenções foram apreendidas por todos os participantes da Conferência? A defesa de mais pragmatismo diz respeito precisamente à necessidade de que as intenções encontrem uma contra parte mais concreta de realização, como no binômio política/políticas-públicas.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (19) é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

No mesmo tópico e subtítulo Diretrizes para Modelos de Atenção e Gestão do SUS, encontra-se o termo equidade no seguinte contexto:

“77. Os participantes da 11CNS consideram indispensável resgatar o conceito de saúde afirmado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, que entende que “ a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. (...)” e que o “direito à saúde significa a garantia, pelo estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e

igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional (...) “ ( Relatório da 8ª CNS), reafirmando a necessidade de políticas públicas multisetoriais e de Modelos de Atenção que assegurem a universalidade, a integralidade e a **equidade** para garantir o direito à saúde. Esse resgate implica a necessidade de conquistar os elementos imprescindíveis para se alcançar um verdadeiro modelo de atenção à saúde: vontade política, resolutividade, credibilidade e controle social.. Com base nesses conceitos, estabelecem as seguintes DIRETRIZES éticas e políticas para a consolidação do SUS e a definição de Modelos de Atenção:

a) Promover a efetiva implantação de um sistema de saúde constituído por uma rede de atenção qualificada, capaz de integrar os diferentes aspectos da vida das pessoas e articular as áreas técnicas específicas, tendo como resultado a criação do vínculo com o(a) usuário(a) e uma atenção resolutiva e qualificada, efetivando a implantação do SUS com o respeito aos seus princípios e diretrizes e a materialização destes em todos os programas de saúde. Esse esforço deve ocorrer sem privilegiamento do setor privado, com investimentos na área pública e com controle social.” (pg.40)

Novamente o espaço dos relatórios é utilizado retoricamente como expressão de boas intenções, sem estabelecer critérios a partir dos quais o modelo de atenção seja definido para garantir a universalidade, integralidade e equidade.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (20) é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

No mesmo subtítulo, encontra-se o termo equidade no seguinte contexto:

“78. Os participantes da XI CNS debateram sobre o MODELO DE GESTÃO do sistema de saúde brasileiro reafirmando os princípios organizacionais postos pela Constituição e Lei Orgânica da saúde, enfatizando a necessidade de reorganizar os serviços de atenção em todos os níveis através de rede regionalizada, hierarquizada, descentralizada e com mecanismos e instrumentos de gestão e regulação claros e transparentes no sentido de se chegar à

integralidade e à **equidade** no acesso de todos os cidadãos à assistência. Neste sentido, tomaram por diretrizes:

a) Promoção da melhoria da organização dos serviços e do sistema de atenção à saúde efetivando uma **real regionalização e hierarquização**, fortalecendo as ações básicas de saúde e garantia o acesso da população a todos os níveis de atenção;” (pg. 41)

Aqui, embora também sem problematização, adotou-se a classificação da utilização do termo equidade ligado a Acesso, dada a especificidade alcançado pelo conjunto equidade de acesso à assistência. Neste caso tem-se o termo totalizante “todos”, que reforça o sentido de Universalidade.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (21) é: Acesso, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

No subtítulo seguinte, Fortalecimento dos Princípios do Sus: - O Caráter Público, a Integralidade, a Equidade e a Humanização, encontra-se o termo equidade fazendo parte do mesmo.

Como o termo equidade está fazendo parte de um título e ainda em defesa de princípios, a classificação do uso é geral.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (22) é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

A primeira proposição deste agrupamento utiliza o termo equidade no seguinte contexto:

“79. Os participantes da 11ª CNS reafirmaram a necessidade de fortalecer o caráter público das ações e serviços de saúde e a responsabilidade do Estado, definida na Constituição Federal, no provimento da saúde ao povo. Da mesma forma, os princípios da integralidade assistencial, da humanização e da **equidade** foram reiterados constituindo-se como objetivos para a consolidação do SUS.” (pg. 42)

Na realidade a proposição não acrescenta muito em termos de conteúdo ao título.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (23) é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

Ainda no mesmo subtítulo encontra-se novamente o termo equidade no seguinte contexto:

“83. Garantir que as ações de promoção à saúde e assistência sejam ofertadas pelos serviços públicos, objetivando o acesso das populações socialmente discriminadas aos serviços, insumos e informações e contemplando, nas propostas de **equidade**, o fortalecimento do papel redistributivo da alocação dos recursos governamentais.” (pg.42)

Esta proposição, que também pode ser considerada um mero conjunto de intenções, não permite afirmar quais intenções foram compreendidas e compartilhadas pelos participantes das Conferências. A termo equidade aparece inesperadamente - quais são as “propostas de equidade”? Mas apresenta o diferencial de expressar a necessidade de oferta de serviços públicos de promoção à saúde para a inclusão de populações. Como o fortalecimento do papel redistributivo é destacado, classificou-se a utilização não como Oferta de serviço, mas como Distribuição de recursos.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (24) é: Distribuição de recursos, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

Mais uma vez no mesmo subtítulo encontra-se o termo iniquidades no seguinte contexto:

“87. Estimular a realização de estudos e pesquisas para identificar as **iniquidades** do sistema de saúde, superando-as com desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos. Os novos trabalhadores do setor

público de saúde deverão ter formação adequada para o novo Modelo de Atenção à saúde preconizado e aos antigos, em atuação na rede, deve ser assegurado um programa de educação continuada através de escolas técnicas e de escolas de saúde pública dos estados.” ( Pg. 42)

Uma das únicas proposições que sugere a realização de pesquisas para o estabelecimento de critérios para decisões que contemplem a equidade ou melhor, identifiquem as iniquidades do sistema de saúde, está posta em função da competência dos recursos humanos, não ficando claro o caminho sugerido para que a capacitação leve a superação das iniquidades. Entende-se que a identificação das iniquidades é uma parte do instrumental que concebe equidade como um critério ou meio para a tomada de decisão, portanto classificou-se a utilização do termo iniquidade com sentido de Meio.

A classificação dada a esta utilização do termo iniquidade (25) é: Geral, Meio, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

Mais uma vez no mesmo subtítulo encontra-se novamente o termo equidade no seguinte contexto:

“88. Assegurar a **equidade** na oferta de serviços de saúde para as populações urbana e rural coibindo qualquer forma de discriminação por parte dos prestadores, até mesmo as recepções diferenciadas.”  
(pg.43)

Dois pontos merecem destaque nesta proposição. Primeiro de como nesta proposição equidade pode ser entendida como sinônimo de igualdade, quando se “coíbe” discriminação por recepções diferenciadas. Pode-se defender em nome da equidade justamente recepções diferenciadas, para quem por exemplo, precisa viajar para chegar a um determinado serviço de saúde. Segundo, mesmo quando são admitidas diferenças populacionais – urbana e rural, parece não haver espaço para se

admitir que algum destes grupos possa estar em desvantagem e em algum aspecto mereça receber mais.

A classificação dada a esta utilização do termo iniquidade (26) é: Oferta de serviços, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

Uma vez mais, ainda no mesmo subtítulo, encontra-se novamente o termo equidade no seguinte contexto:

“90. Incluir o quesito – descendência étnica geral - na obtenção de dados de vida e saúde da população. Tais dados farão parte dos registros epidemiológicos para que a efetivação dos conceitos de integralidade, qualidade e humanização na atenção à saúde seja garantido com **equidade**.” (Pg.43)

Esta é uma proposta bastante objetiva, no sentido da inclusão do quesito descendência étnica geral como um dado de vida da população para registros epidemiológicos, com o intuito de efetivar os conceitos de integralidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. Mas não fica claro de que maneira isto vai se dar, e muito menos a garantia de equidade.

Propostas como estas acabam por introduzir solicitações concretas sem contudo trazer as diretrizes que as inspiraram ou que garantiriam resultados, deixando novamente um longo caminho entre a intenção e a proposta. Desta maneira a classificação desta proposição que poderia ser entendida vinculando a equidade ao acesso ou estado de saúde levando em conta a questão étnica, será Geral por sua concepção nebulosa.

A classificação dada a esta utilização do termo iniquidade (27) é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

No subtítulo Organização da Atenção à Saúde, subitem Atenção Básica:- Rede, PSF e PACS, encontra-se o termo equalização na seguinte proposta:

“i) Implementar programas de tratamento fora de domicílio, entendendo-o como um instrumento de **equalização** e integralidade do acesso aos recursos necessários para o atendimento adequado de usuários residentes em localidades sem recursos assistenciais;”  
(pg.47)

Adotou-se a classificação Especificidade dada a explicitação da existência de populações residentes em localidade sem recursos. Porém optou-se pela classificação Geral porque a equalização proposta é apenas a inclusão de um novo programa e não uma discussão de Distribuição de recursos.

A classificação dada a esta utilização do termo equalização (28) é: Geral, Fim, Pragmático, Focado, Ativo, Especificidade.

No sub-item Média e Alta Complexidade encontra-se o uso do termo equânime na seguinte proposição:

“103. Assegurar a atenção universal, integral e **equânime** requer, na visão dos participantes da XI CNS, a **garantia de acesso aos serviços** de média e alta complexidade o que significou um amplo debate e recomendações sobre mecanismos de gestão que garantam tais princípios, tais como centrais de regulação, formas associativas entre municípios, contratos, relacionamento entre prestadores, dentre outros:

a) Investir na melhoria do SUS através da organização das ações desenvolvidas pelas unidades assistenciais, disponibilizando os medicamentos necessários à população, recursos humanos, materiais e financeiros em quantidade adequada; qualificando os recursos humanos da saúde, remunerando-os dignamente e implantando o plano de cargos, carreira e salário;” (Pg. 47)

Mais uma vez, não foi possível perceber avanços na definição de diretrizes. A sugestão destes mecanismos, da forma que foi colocada, traz alguma contribuição?

A classificação dada a esta utilização do termo equânime (29) é: Acesso, Fim, Discursivo, Amplo, Ativo, Universalidade.

No subtítulo Políticas Específicas, sub-item Outras Políticas e Programas Específicos encontra-se o termo equidade na seguinte proposição:

“148. Garantir que a população de portadores de doenças renais seja atendida de forma diferenciada, como rege a legislação do SUS, fazendo valer o princípio da **equidade**;” (pg.54)

Novamente se percebe o termo equidade utilizado para sensibilizar, ou como um apelo emocional. A atenção diferenciada que os portadores de doenças renais devem receber é de caráter médico, psicológico, nutricional ou outro de mesma natureza, mas não moral porque não se constituem como grupo melhor ou pior que outros. Desta maneira não se classificou como Oferta de serviço nem como Especificidade, por que não se faz uma diferenciação entre os portadores de doenças renais, além da própria patologia ou de uma comparação desta com outras patologias.

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (30) é: Geral, Fim, Discursivo, Focado, Ativo, Universalidade.

No tópico Recursos Humanos, sub-título Relações de Trabalho, sub-item Formas de Seleção e Relação Contratual, encontra-se o uso do termo iniquidade na seguinte proposição:

“172. Denunciar a **iniquidade** gerada pela estratégia de flexibilização da contratação de recursos humanos para o SUS, que resulta também em maior gasto. Deve-se implantar Planos Nacional, Estaduais e Municipais de valorização dos recursos humanos em Saúde, dar total apoio à discussão e implantação da NOB-RH/SUS e implantar PCCS específico para a saúde, com dedicação exclusiva. Denunciar a cooperativização, como forma de precarização das relações de trabalho.” (pg.57)

Desta vez foi possível perceber a utilização do termo iniquidade com caráter maior ainda de apelo emocional, não podendo ser vinculado de maneira nenhuma a problemática de equidade em saúde no Brasil.

A classificação dada a esta utilização do termo iniquidade (31) é: Geral, Fim, Discursivo, Amplo, Reativo, Universalidade.

No tópico Políticas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) no SUS, sub-título Transparência da Gestão, encontra-se o uso do termo equidade na seguinte proposição:

“244. Divulgar periodicamente, por meio da imprensa e audiências públicas, informações detalhadas sobre a execução orçamentária na área de saúde, bem como os resultados das auditorias das contas públicas, nos três níveis de gestão. Adotar e divulgar o orçamento participativo em todas as esferas de governo, entendendo o mesmo como instrumento para a garantia da transparência e **equidade** na alocação dos recursos públicos;” (pg. 65)

A defesa do instrumento orçamento participativo aparece praticamente de maneira idêntica à classificação (14).

A classificação dada a esta utilização do termo equidade (32) é: Geral, Fim, Pragmático, Amplo, Ativo, Universalidade.

### 5.3.3. Quadros Sínteses

Preenchendo os quadros com os termos equidade ou de mesma raiz encontrados no relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde, tem-se:

## I – Especificidade de Equidade em saúde

Equidade em saúde resultante de:	Proposições / Considerações
Oferta de serviços	(6); (26).
Distribuição de recursos	(8);(10),(14);(15);(24).
Estado de saúde	
Acesso	(11),(12);(21);(29).
Valor Geral	(1);(2);(3);(4);(5);(7);(9);(13);(16);(17); (18);(19);(20);(22);(23);(25);(27);(28); (30)(31);(32).

Figura A

## II – Posicionamento em relação a Equidade.

Fim	(1);(2);(3);(4);(5);(6);(7);(9);(11);(12);(13);(14);(15); (16);(17);(18);(19);(20);(21);(22);(23);(24);(26);(27); (28);(29);(30);(31);(32).
Meio	(8);(10);(25).

Figura B

Discursivo	(1);(2);(3);(4);(5);(7);(8);(9);(10);(11);(12);(13);(14); (15);(16);(17);(18);(19);(20);(21);(22);(23);(24);(25); (26);(27);(29);(30);(31).
Pragmático	(6);(28);(32).

Figura C

Amplo	(1);(2);(3);(4);(5);(7);(8);(9);(10);(11);(12);(13);(14); (15);(16);(17);(19);(20);(21);(22);(23);(24);(25);(26); (27);(29);(30);(31);(32).
Focado	(6);(18);(28).

Figura D

Ativo	(2);(6);(9);(10);(14);(16);(17);(18);(19);(20);(21);(22); (23);(24);(25);(26);(27);(28);(29);(30);(32).
Reativo	(1);(3);(4);(5);(7);(8);(11);(12);(13);(15);(31).

Figura E

Universalidade	(1);(2);(3);(4);(5);(6);(7);(8);(9);(10);(11);(12);(13);(14) ;(15);(16);(17);(18);(19);(20);(21);(22);(23);(24);(25);(26); (27);(29);(30);(31);(32).
Especificidade	(28).

Figura F

#### 5.3.4. Outras Considerações

Neste relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde encontrou-se os termos equânime, equidade, equanimidade e iniquidades trinta e duas vezes, e portanto não recorreu-se a outras proposições para nossa análise. O que será que este aumento

gradativo na utilização destes termos pode significar? Tendência natural de incorporação da terminologia e dos conceitos desenvolvidos no campo específico de conhecimento em saúde?

O que se pode afirmar é que este aumento na utilização da expressão se dá ainda com sentido predominante de princípio ético em senso comum. Mas já começaram a aparecer mais freqüentemente abordagens da equidade em saúde em relação a oferta de serviços, distribuição de recursos e acesso a serviços. (Figura A)

Tão pouco deixou de ser predominante na abordagem da equidade em saúde, a postura discursiva, desfocada, ativa, universalizante e da equidade apenas como um fim. (Figuras B,C,D,E,F)

Esta Conferência avança em termos de colocações relacionadas à busca da equidade em saúde, mas se o termo equidade entra com mais freqüência nas proposições, estas ainda não vem acompanhadas de encaminhamentos mais concretos para a definição de diretrizes, predominando o sentido de que o problema é só de falta de recursos no setor saúde e não de distribuição dos mesmos. Algumas vezes a presença do termo equidade parece adquirir apenas o significado de um apelo emocional, não sendo verificado seu significado de focalização redistributiva.

O grande espaço ocupado pelos trabalhadores de saúde nas Conferências se manteve e este relatório apontou como sendo a política de recursos humanos “o maior problema para a gestão do SUS nos municípios”, mas antes de se travar um diálogo político sobre a administração pública, predominam cobranças muitas vezes caracterizadas como de interesse restrito à categoria.

Outro aspecto a ser destacado neste relatório é a emergência do papel do Ministério Público na garantia do direito à saúde. As ações junto a este instituto para

garantia de serviços mencionadas neste relatório, ressalta a luta pela saúde no campo judicial. Este tipo de estratégia reforça a necessidade de bases de dados que permitam a incorporação do conceito de equidade em saúde em suas diversas abordagens e possa orientar o Ministério Público na definição de critérios de justiça em saúde, evitando que o acesso a canais jurídicos não seja mais um fator discriminatório às populações com maiores necessidades.

## **6. DISCUSSÃO: A APROXIMAÇÃO AO PRINCÍPIO DA EQUIDADE COMO UM INSTRUMENTO PARA A FORMULAÇÃO DE DIRETRIZES DE POLÍTICAS PÚBLICAS.**

A primeira etapa deste trabalho se dividiu em duas partes. Inicialmente buscou-se os termos equidade ou de mesma raiz, em cada um dos relatórios e se analisou o sentido de sua utilização em relação a especificidade hoje encontrada na literatura da saúde. As categorias foram equidade em oferta de serviços, na distribuição de recursos, no estado de saúde, no acesso a bens e serviços e geral, quando a utilização não trazia nenhuma especificidade. Posteriormente, a partir da utilização dos mesmos termos, interpretou-se o posicionamento adotado em relação a equidade. As categorias adotadas foram: fim ou meio, discursivo ou pragmático, amplo ou focado, ativo ou reativo, universalidade ou especificidade.

Na segunda etapa, em função do pequeno número de termos encontrado no relatório da 9ª Conferência - quatro ocorrências - e no relatório da 10ª Conferência - quatorze ocorrências - buscou-se focalizar outras considerações que pudessem dar subsídios a análise. Como no relatório da 11ª Conferência houve trinta e duas ocorrências, julgou-se não ser necessário focalizar outras considerações.

Um aspecto que logo sobressai é o aumento gradativo do número de referências ao termo equidade. Entende-se que existe uma somatória de motivos que podem justificar este aumento, como a própria consolidação do conceito equidade em saúde no campo de conhecimento das ciências da saúde. A constatação da frequência desigual de diversos riscos à saúde nas sociedades contemporâneas, como violência, uso de álcool e drogas e outros fenômenos, adquiriram maior visibilidade em função dos meios de comunicação globalizados. Também pode ter contribuído para a

ampliação do uso do termo equidade, a emergência do ideário da Promoção da Saúde.

As considerações finais deste trabalho se mantêm na perspectiva da antropologia, onde a cultura, entendida como conjunto de hábitos, costumes e valores de um grupo menor, os participantes das conferências nacionais de saúde, estão inseridas e se comunicando com o conjunto maior, o povo brasileiro e a cultura nacional. Desta maneira, acredita-se que as mudanças que acontecem nas Conferências influenciam fortemente o meio sanitário brasileiro. E para que ocorram mudanças é necessário a adoção de uma visão crítica em relação aos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, mais especificamente em relação a abordagem da equidade em saúde, pois como afirma KLUCKHOHN (1962), nas diversas culturas *“todas as reações que se tornam habituais são “boas”, do ponto de vista do organismo”*. A questão primordial deste trabalho foi dar uma interpretação das *“reações habituais”* presentes nos três últimos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde em relação ao tema equidade em saúde.

Pode-se perceber que as dificuldades para o enfrentamento dos problemas em relação à equidade em saúde no Brasil são antes de tudo de natureza cultural. Se na cultura brasileira as relações pessoais são tão privilegiadas, assim como o personalismo e a hierarquização da sociedade, conforme sua proximidade com os centros de poder, como então discutir equidade numa perspectiva de justiça e impessoalidade ? O fato da sociedade brasileira ser um *“sistema social no qual convivem diferentes concepções de sociedade, de política, de economia”* aponta para a necessidade do alinhamento de conceitos para que um foro como o das Conferências Nacionais de Saúde possa cumprir efetivamente um de seus papéis que é o de apresentar diretrizes para as políticas de saúde. Mas como esse alinhamento pode se

dar? (DAMATTA 1991)

Se a equidade como valor ético pode ser considerada a mais política das virtudes, não se pode ignorar como afirma FLORENTINO (2003), que *“não teríamos uma sociedade se reproduzindo de maneira tão excludente e ao mesmo tempo com alto grau de estabilidade se não tivéssemos o comprometimento de todos, ricos e pobres, com a exclusão social”*. Não há dúvida que a ruptura com a reprodução das iniquidades em saúde requer uma postura bastante pró-ativa.

A indicação do público leitor deste trabalho seria composta pelos organizadores e os participantes das conferências, para a partir de uma ética de responsabilidade, se fizesse uma reflexão crítica dos últimos três relatórios como resultados das respectivas Conferências. Embora se reconheça a responsabilidade dos participantes na elaboração das diretrizes das políticas públicas, esta é difusa, enquanto que as responsabilidades da organização de um evento programado como as Conferências são bastante circunscritas, portanto a atenção estará predominantemente sobre as responsabilidades da organização.

Considerou-se que a relatoria, uma das responsabilidades da organização das Conferências, foi pouco crítica na elaboração destes últimos relatórios. MADEL (1994) observou pouco avanço em relação à proposição de diretrizes no relatório da 9ª Conferência comparado com o relatório da 8ª Conferência. Entende-se que o mesmo ocorre com os relatórios da 10ª e 11ª Conferência. Foram incluídas quantidades maciças de proposições repetindo os princípios constitucionais e muitas vezes se encontra diferentes formatos para o mesmo conteúdo. Esta tolerância pode levar a uma acomodação dos conferencistas às tais *“reações habituais”*, que os fazem desviar de um dos principais objetivos das conferências, a proposição de

diretrizes para políticas públicas. Percebe-se a indefinição de diretrizes, necessariamente fruto de discussões, com a inclusão formal de proposições que se colam ao relatório através do consenso óbvio, advindo de meras repetições dos princípios da constituição brasileira. Nestes últimos relatórios se encontra uma variedade quase poética na repetição de princípios constitucionais e das leis que os normatizam.

A partir da 8ª Conferência, o papel político das Conferências seguintes deveria deixar de ser a concepção de relatórios com conteúdo predominantemente doutrinário, a não ser que houvesse discordância daqueles estabelecidos na Constituição Federal de 1988. O desafio está em a partir dos princípios macropolíticos da saúde definidos em termos constitucionais, que as Conferências sejam capazes de apresentar diretrizes de políticas públicas, sem se afastar do sentido pragmático, de ordenação e construtivo que devem conter. Os relatórios passaram a tratar assuntos polêmicos dentro da política geral, justamente pelas dificuldades práticas de implementação, como se o modelo proposto pelo Sistema Único de Saúde fosse de fácil aplicação. Acredita-se que a organização das Conferências deveria zelar por contribuições reais, incluindo apenas estas em seus relatórios. Para a elaboração destas diretrizes, deveria ser adotada uma metodologia problematizadora e conscientizadora, em que a partir da avaliação da situação da saúde no país, fossem discutidas e escolhidas as proposições capazes de concretizar com a maior qualidade possível os objetivos doutrinários do SUS.

O tratamento dado à avaliação da situação de saúde do país, outro objetivo contratado para as Conferências Nacionais, merece um questionamento crítico sobre o exercício do papel da organização. Num evento desta natureza, que se propõe a reunir

milhares de pessoas que observam o sistema de saúde a partir de diferentes perspectivas de usuários, de trabalhadores e de gestores, oriundos de localidades com realidades muito díspares, espera-se a utilização de instrumentos para apoiar a elaboração de um diagnóstico coletivo da saúde no país. Várias questões deveriam ser consideradas ao se planejar as Conferências, como a escolha da abordagem e a definição de temas, para que através do cumprimento de uma agenda de discussões seja alcançado como resultante deste processo um quadro mais objetivo da situação de saúde, onde seja possível posteriormente nos relatórios compartilhar a compreensão da realidade do país produzida pelos conferencistas, não tendo apenas a forma de expressão de opiniões.

Independentemente da discussão ser sobre equidade, estes últimos relatórios das Conferências, quando muito, apresentam uma avaliação moral da saúde do país, de maneira que o objetivo de construir uma avaliação da situação de saúde é relegado a segundo plano ou está apresentado de forma bastante subjetiva.

De fato, como se pode falar em equidade em saúde em um país grande e complexo como o Brasil, sem partir de dados que sirvam de base e referência para a análise da situação como um todo? A ausência de um quadro referencial desta natureza pode ser a justificativa para a ocorrência, com sentido predominantemente retórico, da abordagem da equidade nos três relatórios.

A escolha consensuada de indicadores para serem incorporados aos relatórios, seria o primeiro passo para a concepção de uma abordagem compartilhável da situação de saúde. Só então, com uma avaliação mais objetiva do quadro de saúde do país, ter-se-ia o ponto de partida para apontar as diretrizes com sentido de equalização ou redução das desigualdades sociais.

A elaboração deste quadro da saúde levará inevitavelmente às opções de abordagem em relação a equidade disponíveis na literatura da produção científica, onde é possível encontrar diversas mensurações e abordagens em relação a equidade. O princípio econômico de redistribuição de renda não poderia ser sido desconsiderado e foi incorporado nas ciências da saúde.

Há diversas linhas de pesquisa sobre equidade em saúde em desenvolvimento em várias universidades, com abordagens quali-quantitativas, que utilizam diversos indicadores para mapear as desigualdades sociais, a exclusão e iniquidades em um território. Nos trabalhos mais marcantes desta linha de pesquisa (AKERMAN CAMPANARIO MAIA 1996, CHIESA 1999, SPOSATI 1996, SILVA PAIM COSTA 1999), o conceito de equidade e a investigação realizada, contém a necessária especificidade em relação aos aspectos ou determinantes de saúde que quer se abordar. As possibilidades de abordar a equidade em saúde através da oferta de serviços, do acesso aos serviços ofertados e da mensuração das carências permitem um enorme leque de associações destas variáveis com o estado de saúde em qualquer localidade.

Considera-se que a incorporação dos sentidos da equidade em saúde existentes na literatura das ciências da saúde pelos participantes das conferências, sejam eles administradores ou usuários do sistema e o conhecimento das pesquisas, poderia contribuir para o bom desempenho político das funções dos conferencistas. A incorporação das diversas abordagens, levaria às escolhas dos indicadores que permitiriam melhor enfrentar, dentro da cultura brasileira, o problema da iniquidade no país. O impraticável é abordar a questão da equidade em saúde sem uma das abordagens específicas à área, pois como enfrentar as iniquidades sem defini-las?

Não se desconhece as dificuldades da comunicação dos trabalhos científicos, onde como afirma WESTPHAL (2001a), “ *a incompatibilidade intelectual entre pesquisadores, a complexidade dos fenômenos pesquisados e o relativismo intelectual confundem os leigos quanto à veracidade das informações científicas*”. Porém a aproximação entre o conhecimento científico e o empírico deve estar na agenda da organização das Conferências.

O fato é que as propostas das Conferências Nacionais de Saúde, considerando o objetivo de apresentar diretrizes para políticas públicas, em relação a equidade em saúde não avançaram concretamente, havendo simplesmente um discurso com sentido geral e amplo, com apresentação de proposições vagas e inespecíficas, que representam nada mais que a construção de uma agenda. Cabe a organização das Conferências, no exercício de suas responsabilidades, adotar medidas de cunho organizador e norteador da discussão, para se avançar em proposições que possam produzir mais equidade em saúde no Brasil.

Dois pontos permitem compreender a dificuldade de incorporar mais efetivamente a questão da equidade nas Conferências. O primeiro era a indefinição do financiamento ao setor saúde, agora definido pela emenda constitucional 29. Como discutir o repartimento do orçamento da saúde sem sua definição? Outro ponto, de enorme significação é como discutir equidade em saúde, em um país em que muitos hospitais estatais ainda se encontravam sendo utilizados apenas privadamente? Entende-se que por este último motivo, o sentido mais específico de equidade em saúde, apreendido nos relatórios das 9ª e 10ª Conferências, é o da incorporação de dos hospitais públicos ao Sistema Único de Saúde.

Outra característica dos relatórios a ser questionada é a escolha da linguagem.

Além da diversidade de perspectivas, deve-se considerar as grandes disparidades de níveis educacionais existente em nosso país, quando pode-se afirmar que a utilização de termos como nosológico, provavelmente seja de difícil compreensão, para pelo menos uma parte dos conferencistas. E termos de conceituação técnica, como perfil epidemiológico, deveriam ser utilizados sempre acompanhados da explicitação do sentido de sua aplicação, para evitar sua super valorização como soluções mágicas, transformando-os em verdadeiros chavões por sua reprodução sem clareza de sentido. Estas preocupações favoreceriam ao conhecimento técnico estar a serviço da política e não ser mais um instrumento de separação entre os que sabem e os que não sabem, permitindo aos participantes das Conferências uma vivência política, não do exercício do poder ou força de um tipo de conhecimento, mas da razão e do diálogo .

A organização do evento não deveria se restringir a construção formal de um modelo para os relatórios, como a definição de numeração ou a separação da avaliação das proposições ou a mera inclusão de prazos e definição de poderes. O cumprimento dos objetivos das Conferências de propor diretrizes ou avaliar a saúde, será alcançado na proporção da compreensão das responsabilidades dos próprios participantes das Conferências, onde se pode afirmar que é a efetiva participação e compromisso dos conferencistas que farão as Conferências atingir seus objetivos. Entende-se que a avaliação da compreensão das responsabilidades e dos limites das conferencistas estejam entre os propósitos e funções dos organizadores que serão alcançados através de uma postura problematizadora e não de apresentar os relatórios como colagens das discussões realizadas nas Conferências.

Numa cultura que se expressa tão bem em um evento como o carnaval, pode-se afirmar que não é a necessidade do cumprimento de normas que impede o exercício

da criatividade desse povo, por isso se supõe que na medida que sejam enfocados os reais objetivos das Conferências, a atuação dos conferencistas terá uma resposta equivalente.

A organização das Conferências deve colaborar para que os participantes das Conferências compreendam que as questões de nível nacional, estadual ou municipal sejam tratadas nas conferências em seus respectivos níveis e que este modo organizativo das conferências se vincula a própria lógica da organização política do Estado brasileiro. Esta compreensão faz parte do processo de amadurecimento político dos participantes e pode ser considerada como o ganho secundário da realização das Conferências de Saúde, mas a organização não deveria permitir desvios nem inversão de prioridades das mesmas, transformando a Conferência Nacional de Saúde em expressão de anseios locais ou regionais, perdendo-se a perspectiva política.

O princípio da universalidade não deve ser tratado como um valor antagônico à focalização, pois é realmente este princípio que dá sustentação a saúde como um direito social ou de cidadania. Mas uma vez estabelecido este princípio, somente com a especificação de grupos sociais é possível estabelecer comparações e apontar para as necessidades prioritárias, para que a tomada de decisões seja efetivamente na defesa da evolução do direito à saúde no contexto social, fazendo a devida aproximação de todos os seguimentos sociais à universalização deste direito. Nos relatórios das Conferências analisados predomina a perspectiva da conquista da equidade pelo argumento da universalidade contra, muitas vezes, à focalização, não a entendendo como uma estratégia progressiva para a conquista de saúde para todos. Muitas vezes o argumento da universalidade é utilizado como um conceito guarda-chuva, onde todos podem se abrigar, podendo causar a manutenção de iniquidades,

por exemplo na ampliação de serviços que atingirão apenas os grupos mais organizados da sociedade, obscurecendo então o papel de agentes políticos dos conferencistas, que podem ser representantes de grupos particulares, mas que não deveriam perder a perspectiva da defesa dos interesses públicos.

A cultura democrática nas Conferências se manifesta na liberalização da crítica aos governos em exercício, porém a ausência de defensores de alguns dos pontos dos programas dos governos vigentes na época de cada conferência, afinal os três foram eleitos com relativo apoio a seus programas, nos leva a indagação de que as conferências não estão conseguindo confrontar opiniões diferentes, condição fundamental para a existência de diálogo. Ou pior, estão todos tão entrincheirados em suas convicções, que não se avança além de um consenso formal sobre nossos amplos princípios constitucionais, enfraquecendo o papel das Conferências em ser um foro de diálogo para a apresentação de diretrizes, constituindo-se apenas em um território de disputas ideológicas.

A oposição ao governo Collor, apesar de já ter sido um presidente eleito pelo voto direto, é compreensível pela perda de legitimidade em função dos escândalos de corrupção. Mas a continuidade do clima de oposição ao governo federal nas conferências subsequentes, leva a suposição da existência de um viés político partidário ou setorial, por exemplo os trabalhadores públicos da saúde, transformando as Conferências em palanques de oposição aos governos vigentes ou de disputa de interesses particulares.

Um grande risco de desvio do papel das Conferências Nacionais de Saúde pós Constituição Federal de 1988 está em acreditar ser possível que os trabalhadores de saúde possam atuar ao mesmo tempo e lugar como agentes públicos pelo interesse

comum e como integrantes de uma categoria profissional por interesses particulares. Esta conciliação se mostra desigual, pois encontrarmos com bastante objetividade as solicitações trabalhistas e uma grande generalidade em relação a outras políticas. Espera-se que a criação da Conferência Nacional de Recursos Humanos possa reverter este quadro, porém é difícil avaliar o desgaste, esvaziamento e desvio das questões eminentemente políticas nas Conferências da Saúde como consequência destas polarizações de interesses.

As leituras dos relatórios levam a percepção de que a temática dos trabalhadores da saúde, além de estar capturando o espaço da discussão das políticas de saúde, está induzindo a desvios de finalidade das conferências. Este processo deveria ser revertido com uma atuação mais efetiva da organização, sob o risco de enfraquecimento institucional das Conferências Nacionais de Saúde.

A proposição de que a organização assumira uma responsabilidade mais ativa não deve ser entendida com um sentido centralizador, mas ao contrário, que estabeleça um diálogo com os participantes antes das Conferências inclusive para a formulação da pauta e focos temáticos. Pensar nas Conferências como um processo de diálogo entre governo e usuários do SUS, permitirá que a expressão de diferentes visões e opiniões possa contribuir efetivamente para o amadurecimento dos representantes de cada segmento e para a consecução dos objetivos das Conferências, gerando os consensos políticos. De fato trabalhar para a efetivação deste diálogo é função precípua da organização das Conferências, que não deve entendê-las meramente como um evento, mas como parte do processo de institucionalização de um foro de diálogo e participação.

Mesmo se considerando que ideologia predominante que orientava o

Movimento Sanitário até o momento da 8ª Conferência Nacional de Saúde defendia a estatização, isto é, a concepção de que exclusivamente com aparelhos públicos o Estado poderia atender a saúde do país e que existam alguns grupos de sanitaristas que ainda compartilham estas propostas, hoje as idéias mudaram e já existe maior aceitação de parcerias e alianças para a resolução dos problemas públicos, como comprova a criação do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social, pelo atual Presidente do Brasil, Luis Inácio da Silva e sua equipe de governo, que compartilharam deste ideário anteriormente e agora mudaram suas propostas em função de uma compreensão maior dos resultados de uma estatização em todos os setores, inclusive para os cofres públicos. Os relatórios seguintes a 8ª Conferência de maneira geral não expressam esta mudança. (WESTPHAL 2003)

Desde Aristóteles (2002) já se considerava que uma boa sociedade seria constituída de poucos pobres e poucos ricos e uma grande classe média, sendo portanto a equidade um objetivo final de todo Estado voltado a justiça social. Mas a grande possibilidade que a atual discussão em relação a equidade em saúde permite, com todos os avanços tecnológicos, é a identificação e mensuração da qualidade de vida dos diversos grupos sociais que compõe a sociedade de um determinado Estado e sua vinculação com a saúde. Desta maneira abordar a questão de equidade em saúde como um critério ou meio para a tomada das decisões públicas passa a ser uma nova perspectiva possível que esperamos ver incluída na 12ª Conferência Nacional de Saúde.

## 7. CONCLUSÕES

Considerando ser o objetivo deste trabalho apresentar uma análise dos relatórios da 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde, indicando os significados predominantes do conceito equidade em saúde e valores envolvidos em sua compreensão, chegou-se às seguintes conclusões:

- 1- Na 9<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde predomina o significado de equidade como um valor geral, mas existe uma focalização em relação a não incorporação de hospitais públicos ao SUS.
- 2- Na 10<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde predomina o significado de equidade como um valor geral, mas além de haver uma focalização em relação a não incorporação de hospitais públicos ao SUS, a equidade já é abordada como uma relação de acesso a serviços.
- 3- Na 11<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde predomina o significado de equidade como um valor geral, mas as expressões equidade na oferta de serviços e no acesso a serviços aparecem com mais frequência.
- 4- A presença de cultura corporativista de dois grupos de conferencistas, os servidores públicos de saúde e os membros de Conselhos de Saúde, representa um obstáculo à discussão política da equidade em saúde.

- 5- Houve uma evolução dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde muito mais em seus aspectos formais do que de conteúdo. A valorização a aspectos formais pode ser considerada uma das causas da abordagem superficial em relação a equidade em saúde.
  
- 6- Existe uma predominância nos três relatórios de tratar a questão da equidade em saúde sem focalizar grupos sociais ou necessidades em saúde. Embora predomine uma postura ativa em relação a produção social da saúde, esta é neutralizada pela postura meramente discursiva e da equidade em saúde apenas como um fim. Assim, de forma geral existe uma resistência a incorporação da equidade em saúde como um instrumento para a elaboração das diretrizes de políticas públicas.

## 8. REFERÊNCIAS

Akerman M, Campanario P, Maia PB. Saúde e meio ambiente: análise de diferenciais intra-urbanos, Município de São Paulo, Brasil. **Rev Saúde Pública** 1996; 30(4): 372-82.

Almeida C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. **Saúde em Debate** 2000; jan/abr v. 24, n.54: 6-21.

Almeida C. **Equidad y Salud: Elementos para la definición de políticas**. São Paulo: Palestra realizada na II Conferência Interparlamentar de Saúde, 2001.

Almeida ES. **Contribuição à implementação do SUS: Estudo do Processo com a Estratégia Norma Operacional Básica 01/93**. São Paulo, 1995. [ Tese para concurso de Livre Docência – Faculdade de Saúde Pública da USP ]

Almeida Filho N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista de Administração Pública** 2000; vol.34, n 6.

Alves AC. Formulação e implementação de políticas intergovernamentais. **Cadernos FUNDAP** 2001; n. 22: 117-131.

Alves MA. **Apresentando o terceiro setor**. [ Apostila do curso Administração para organizações não lucrativas – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1999]

Amstalden LFF. In: Rodrigues AM, organizadora. **Desenvolvimento sustentável teorias, debates, aplicabilidades**. Campinas: IFCH/UNICAMP 1996.

Andrade LOM, Barreto ICHC. **A Promoção da Saúde o Movimento de Cidades/Municípios Saudáveis: proposta de uma tipologia a luz da relação com o processo brasileiro de construção do SUS**. Sobral: 2001. (mimeo)

Aristóteles. **Política**. São Paulo: Ed. Martin Claret, 2002.

Ayres JRCM. Epidemiologia e Promoção da Saúde: o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2002; Suplemento Especial- V Congresso Brasileiro de Epidemiologia Epi 2002; Livro de Resumos: p.21.

Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1997.

Bobbio N. **Sociedade e Estado na Filosofia Política Moderna**. São Paulo: Ed. Brasiliense;1996.

Bovero M. **Sociedade e Estado na Filosofia Política Moderna**. São Paulo: Ed. Brasiliense;1996.

Buss PM. **Saúde e desigualdade: o caso do Brasil**. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec Editora Fiocruz; 1995.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; 1988.

Buckley B. **A Sociologia e a moderna teoria dos sistemas**. São Paulo: Editora Cultrix; 1971.

Bunton R, Nettleton S, Burrows,R. **The sociology of health promotion: critical analyses of consumption, lifestyle and risk**. London: Routledge; 1996.

Campos GWS. Saúde pública e saúde: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva** 2000; 5(2): 219-230.

Campos JQ. **Saúde em concordata**. São Paulo: Ed. Jotace; 1988.

Carvalho AI. Da saúde pública às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência e Saúde Coletiva** 1996; 1(1).

Castellanos PL. In: Barata RB, Barreto ML, Filho NA, Veras RP, organizadores. **Equidade e saúde contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2000.

Castro CGJ. **O processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS): estudo de caso em município de gestão semi-plena**. São Paulo, 1999. [Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Chiesa AM. **A equidade como princípio norteador da identificação de necessidades relativas ao controle dos agravos respiratórios na infância**. São Paulo, 1999. [Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

[CPHA] Associação Canadense de Saúde Pública. **Promoção da Saúde no Canadá – Documentos Seleccionados**. Rio de Janeiro: ENSP/ABRASCO/CPHA;2001.

Cunha AG. **Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1986.

Dallari DA. **Elementos da teoria geral do Estado**. São Paulo: Ed. Saraiva; 1995.

DaMatta R. **A Casa & A Rua**. 4<sup>a</sup>-ed. Cidadania – A questão da cidadania num universo relacional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991; p. 71- 102.

Dawbor L. Tendências da gestão social. **Saúde e Sociedade** 1999 8(1): 3-16.

Ferreira, ABH. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.

Fleury MTL, Shinyashiki G, Stevanato LA. Entre a antropologia e a psicanálise: dilemas metodológicos dos estudos sobre cultura organizacional. **Revista de Administração**, 1997, janeiro/março v. 32, n.1, p.23-37.

Gentile M. **Promoção da saúde e município saudável**. São Paulo: Vivere, 2001.

Florentino M. Entrevista. **Folha de São Paulo**, abril, 2003.

Gianini RJ, Litvoc J, Neto JE. Agressão física e classe social. **Rev Saúde Pública**, 1999, 33(2): 180-6.

Goldbaum M. In: Barata RB, Barreto ML, Filho NA, Veras RP, organizadores. **Equidade e saúde contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

Goulart FAA. **Municipalização: veredas caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO/CONASEMS, 1996.

Haddad S. Mesa Redonda Participação e Cidadania na Promoção da Saúde. In: **Anais do VI Congresso Paulista de Saúde Pública**; 1999 outubro 17-20; Águas de Lindóia, Brasil. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública; 2000. V. 2, p. 281-285.

Ibanhes LC, Heimann LS. Condições de vida e saúde. **Boletim do Instituto de Saúde** 2002a, n. 28: 4-5.

Ibanhes LC, Heimann LS. A equidade nos anos 90 e sua emergência no campo da Saúde. **Boletim do Instituto de Saúde** 2002b, n. 28: 10-11.

Instituto Antônio Houaiss. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2001.

Jardanovski E, Guimarães PCV. Equidade e modelos de saúde: subsídios para discussão do caso brasileiro. **Saúde em Debate** 1994, 42.

Junqueira LAP, Inojosa RM. Descentralização e Intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública** 1998; vol.32.

Kadt E, Tasca R. **Promovendo a equidade Um novo enfoque com base no setor da saúde.** São Paulo: Editora Hucitec; 1993.

Kerstenetzky CL. Desigualdades justas e igualdade complexa. **Lua Nova**, 1999, n 47.

Kilsztajn S, Silva DF, Camara MB. **Grau de Cobertura dos Planos de Saúde e Distribuição Regional do Gasto Público em Saúde.** São Paulo, 2001. [mimeo]

Kluckhon C. **Antropologia: Um Espelho para o Homem.** Belo Horizonte: Itatiaia, 1963.

L'Abbate S. **O direito á saúde: da reivindicação à realização. Projetos de Política de Saúde em Campinas.** São Paulo, 1990. [ Tese de doutorado – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP ].

Lalonde M. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. **Promocion de la salud: una antología.** Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica 1996, n. 557.

Leal LN. A vida nas cidades, segundo o IBGE. **O Estado de São Paulo.** São Paulo, 2002 nov 30; cad A:19

Luz MT.In: Guimarães R, Tavares RAW. As Conferências Nacionais de Saúde e as políticas de saúde na década de 80. **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80.** Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.

Marshall TH. **Cidadania, classe social e status.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

McQueen DV. **Epidemiology and Health Promotion**. [Transparências]. São Paulo: Palestra Espaço Cepedoc; 2002.

Merhy EE. A mutilação da lei orgânica da saúde: vitória dos que desejam um povo mutilado. **Saúde em Debate**. 1991, n. 30: 8-9.

Minayo MCS. Condiciones de vida, desigualdad y salud a partir del caso brasileño. In: León RB, Minayo MCS, CoimbraCEA, organizadores. **Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Declaração do México**. Brasília, 2001 [ originais publicados pela Organização Mundial de Saúde].

Ministério da Saúde. **Anais / 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1987.

Ministério da Saúde. **Relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1993.

Ministério da Saúde. **Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1998.

Ministério da Saúde. **Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2001.

Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (documento para discussão)**. Brasília, 2002.

Montaño C. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Cortez, 2002.

Neves MCP. Alocação de recursos em saúde: considerações éticas. **Bioética**, 1999, v.7, n2, 155-163.

Nogueira RP. **Perspectivas da Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

Noronha JC, Levcovitz E. In: Guimarães R, Tavares RAW. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

Prado RMP. **Estudo comparativo entre usuários do Sistema Único de Saúde e da rede médica privada sobre a incorporação do direito à saúde em Salvador – Bahia**. Salvador, 2000. [ Tese de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP ].

Rocha DG. **O movimento da Promoção da Saúde na década de 1990: um estudo do seu desenvolvimento e difusão na saúde pública brasileira**. São Paulo, 2001. [ Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP ].

Rodrigues AM. In: Rodrigues AM, organizadora. **Desenvolvimento sustentável teorias, debates, aplicabilidades**. Campinas: IFCH/UNICAMP, 1996.

Romano R. **Equidade e ciência**. [Texto proferido na mesa redonda Ciência para a Justiça e Equidade, no VII Congresso de Saúde Pública; 2001 out 3; Santos, Brasil].

Santos BS. **A crítica da razão indolente**. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

Santos JLF, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos avançados** 1999; 13(35):71-88.

Seixas JC. **Sistema de Saúde**. São Paulo, 2000. [ Texto da disciplina Administração de Serviços de Saúde e Políticas de Saúde do curso de pós- graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública - USP ]

Silva LMV, Paim JS, Costa MCN. Desigualdade na mortalidade, espaço e estratos sociais. **Rev Saúde Pública** 1999, 33(2): 187-97.

Silva NS, Pedroso GC, Puccini RF, Furlani WJ. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. **Rev Saúde Pública** 2000, 34(1): 44-49.

Stallings B, Peres W. **Crescimento, emprego e equidade: o impacto das reformas econômicas na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

Tarride MI. **Saúde Pública: uma complexidade anunciada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

Sposati A, coordenadora. **Mapa da Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo**. São Paulo: Educ; 1996.

Telles VS. **Direitos Sociais – Afinal do que se trata?** Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

Townsend P, Davidson N, editores. **Inequalities in Health – The Black Report**. Harmondsworth: Penguin Books; 1982.

Viana AL. Abordagens Metodológicas em políticas públicas – Revisão bibliográfica. **Cadernos de Pesquisa**, 1988, Unicamp ,n.5.

Whitehead M. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1990.

Werneck GL, Reichenheim ME. In: Guimarães R, Tavares RAW. **Adoecer e morrer no Brasil: dos anos 80: perspectivas de novas abordagens. Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

Westphal MF. **Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista**. São Paulo, 1992. [ Tese para concurso de Livre Docência – Faculdade de Saúde Pública da USP ]

Westphal MF. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva** 2000a, v.5, n.1: 39-52.

Westphal MF. Mesa Redonda Participação e Cidadania na Promoção da Saúde. In: **Anais do VI Congresso Paulista de Saúde Pública**; 1999 outubro 17-20; Águas de Lindóia, Brasil. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública; 2000b. V. 2, p. 287-295.

Westphal MF. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública** 2000, , nov/dez Rio de Janeiro 34(6):47-61.

Westphal MF. **Desenvolvimento local e sustentabilidade em Bertioga metodologias para um município saudável**. São Paulo, 2001. [Projeto encaminhado à FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo]

Westphal MF. In: Sorrentino M. A universidade e as políticas públicas. **Ambientalismo e Participação na Contemporaneidade**. São Paulo: Educ/Fapesp, 2001a.

Westphal MF. Múltiplos atores da Promoção da Saúde. **Sanare**, 2003, Sobral, ano4, n.1: 43-49.

Ziglio E. **Promoção em Saúde: Políticas Públicas e Investimentos**. São Paulo, 2001 [Apostila de curso realizado no Programa Cursos de Verão da Faculdade de Saúde Pública-USP]

## ANEXO I

Relatório Final da 9ª Conferência Nacional De Saúde – “Municipalização é o Caminho” - Brasília, 9 a 14 de agosto de 1992.

1- Introdução

2- Carta da IX Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira

3- Sociedade, Governo e saúde

4- Seguridade Social

4.1- Frente a essa situação, a IX CNS propõe

4.2- Especificamente com relação à PREVIDÊNCIA SOCIAL, a IX CNS propõe

5- Implementação do Sistema Único de Saúde

5.1- Diante disso, a IX CNS propõe

5.2- Com relação à Descentralização e Municipalização:

5.3- Com relação ao Modelo Assistencial

5.4- Com relação ao financiamento

5.5- Com relação a recursos humanos

6- Controle Social

6.1- Com relação aos conselhos de Saúde

6.2- Com relação aos conselhos Gestores, a IX CNS propõe

6.3- Com relação às Conferências de Saúde

6.4- Com relação à atuação do Ministério Público, a IX CNS propõe as seguintes

atividades com vistas ao controle público das ações de Saúde

6.5- São propostas ainda como mecanismos de controle

6.6- Os meios de comunicação têm um importante papel a cumprir na difusão de informação à população. Assim, a IX CNS propõe especificamente.

7- Outras deliberações e recomendações

## **ANEXO II**

Relatório final da 10ª Conferência Nacional De Saúde - “Sus – Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida” - Brasília, 2 a 6 de setembro de 1996

### **Apresentação**

### **Introdução**

### **Carta da 10ª Conferência Nacional de Saúde**

1. Saúde, cidadania e políticas públicas
2. Gestão e organização dos serviços de saúde
  - 2.1. Disposições gerais
  - 2.2. Descentralização e municipalização da saúde
    - 2.2.1. Comissões intergestores de saúde
    - 2.2.2. Consórcios intermunicipais de saúde
    - 2.2.3. Serviços públicos de saúde não incorporados ao sus
    - 2.2.4. Fundação nacional de saúde (funasa)
    - 2.2.5. Sistema de controle, avaliação e auditoria do sus
  - 2.3. Atribuições dos gestores do sus
  - 2.4. Gestão em saúde
    - 2.4.1. Autonomia de gestão dos serviços de saúde
  - 2.5. Relação entre os setores público e privado na área da saúde
    - 2.5.1. Planos e seguros privados de assistência à saúde
    - 2.5.2. Terceirização e privatização na saúde

2.6. Informação, educação e comunicação em saúde

2.6.1. Política nacional de informação, educação, e comunicação em saúde

2.6.2. Organização e funcionamento do sistema nacional de informação, educação e comunicação em saúde

3. Controle social na saúde

3.1. Controle social sobre o SUS

3.2. Funcionamento dos conselhos de saúde

3.3. Composição dos conselhos de saúde

3.4. Autonomia de conselhos e conselheiros de saúde

4. Financiamento da saúde

4.1. Defesa do sus, da seguridade social e do seu financiamento pelo estado

4.2. Novas fontes de recursos para a saúde

4.3. Critérios para a distribuição dos recursos da saúde

4.4. Fundo único de saúde

4.5. Planejamento, orçamentação e programação financeira dos recursos da saúde

4.6. Gestão dos recursos financeiros da saúde

4.7. Controle e fiscalização da utilização dos recursos em saúde

4.8. Recursos financeiros para o setor público e para o privado (contratado ou conveniado) do SUS

4.9. Tabela de procedimentos do SUS

5. Recursos humanos para a saúde

5.1. Política de recursos humanos para a saúde

5.2. Administração dos trabalhadores em saúde

- 5.2.1. Carreira, cargos e salários na saúde
- 5.2.2. Organização do trabalho em saúde
- 5.2.3. Relações no trabalho em saúde
- 5.2.4. Qualificação dos trabalhadores em saúde
- 5.3. Formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde
- 5.4. Outras questões acerca da força de trabalho em saúde
- 6. Atenção integral à saúde
  - 6.1. Princípios da atenção integral à saúde
  - 6.2. Políticas e programação de saúde
    - 6.2.1. Saúde do trabalhador
    - 6.2.2. Saúde da mulher
    - 6.2.3. Saúde da criança e do adolescente
    - 6.2.4. Saúde na terceira idade
    - 6.2.5. Saúde dos povos indígenas
    - 6.2.6. Saúde mental
    - 6.2.7. Saúde bucal
    - 6.2.8. Saúde das pessoas portadoras de deficiências
    - 6.2.9. Saúde dos portadores de doenças crônicas
    - 6.2.10. Política de medicamentos
    - 6.2.11. Política de sangue e hemoderivados
    - 6.2.12. Política de órteses e próteses
    - 6.2.13. Programas de saúde da família e agentes comunitários
    - 6.2.14. Programa de atendimento e internação domiciliar

6.2.15. Ações e serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e de alta complexidade

7. Anexo 1 - Deliberações sobre a Norma Operacional Básica do SUS n ° 1/ 96

## **ANEXO III**

Relatório final 11ª Conferência Nacional de Saúde - “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social” - Brasília, 15 a 19 de dezembro de 2000

### **Introdução:**

- Carta da XI Conferência Nacional de Saúde
- Agenda para a efetivação do SUS e do controle social

### **Cenário:**

- SUS como política social
- Gestão do SUS
- O acesso aos serviços do SUS
- O modelo assistencial no SUS
- Financiamento do SUS
- Recursos humanos
- Controle social sobre o SUS
- Políticas de informação educação e comunicação – IEC
- Responsabilidades dos poderes Legislativo, Judiciário e do Ministério Público na garantia de acesso qualidade e humanização
- Desafios.

Proposições:

- Controle social

- Financiamento da atenção à saúde no Brasil Gestão do SUS

Fontes complementares

CrITÉrios para repasses de recursos federais

Alocação de recursos

Mecanismos e formas de remuneração

Gestão de recursos

Relações de responsabilidade

- Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.

Determinantes das condições de saúde

Diretrizes para modelos de atenção e gestão do SUS

Fortalecimento dos princípios do SUS

Fortalecimento dos princípios organizacionais do SUS

Organização da atenção à saúde

Políticas específicas

- Recursos humanos

Relações de trabalho

Desenvolvimento de trabalhadores em saúde

Formação de pessoal para a saúde

Processos de educação para o SUS

- Políticas de informação educação e comunicação (IEC) no SUS

Democratização das informações

Produção, organização e uso das informações

Transparência da gestão

Controle social.

Ministério público e legislativo

Acesso e qualidade dos serviços de saúde

Programas específicos

Estratégias de divulgação