

Equidade no SUS: em construção uma concepção política de justiça em saúde

Equity in Brazilian National Health System: a political conception of justice in health under construction

Equidad en el Sistema de Salud Brasileño: la construcción de una política de justicia en salud

Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli*

Lislaine Aparecida Fracoli**

Gabriela Ferreira Granja***

RESUMO: A equidade, um dos pilares do SUS, é termo polissêmico e pouco consensuado. Este artigo contribui para sua esclarecimento, trazendo a visão de trabalhadores, usuários e gestores sobre o que consideram equidade no SUS. Estudo qualitativo, descritivo e analítico realizado em três municípios do Estado de São Paulo, com 152 sujeitos de Unidades Básicas de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família. As entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas, foram organizadas pelo Discurso do Sujeito Coletivo (QualiQuantSoftware®). Os resultados apontaram dois discursos de equidade: 'Tratar todos igualmente' e 'Tratar os desiguais de forma desigual priorizando os mais necessitados'. Este último apresentou dois critérios definidores de 'mais necessitados': o 'Olhar Clínico' e o 'Olhar Epidemiológico-social'. Conclui-se que as dificuldades para delimitar equidade no SUS persistem, porém os resultados apontam que o capital ético de seus atores admite priorização dos mais necessitados, a partir do respeito de um critério primeiro de igualdade para todos no acesso aos serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Equidade em saúde. Política de saúde. Bioética.

ABSTRACT: Equity is a pillar of Brazilian National Health System (SUS). It's a polysemic word, and there is little consensus on its meaning in health. The paper contributes to this issue presenting the vision of healthcare professionals, managers and users concerning equity in SUS. This is a qualitative, descriptive, analytic study carried out in three cities of the State of Sao Paulo, Brazil. We interviewed 152 subjects in primary care and family health centers. The semi-structured interviews were digital recorded, transcribed and organized according to Discourse of the Collective Subject Speech (QualiQuantSoftware®). The results pointed out two speeches for equity: 'Treat all equally' and 'Treat unlike differently, prioritizing more needed'. The latter presented two different criteria for defining those who are more needed: clinical and social-epidemiological. We concluded that difficulties in defining equity in SUS persist, however, social actors' ethical capital admits prioritization for those who are more needed, on the prior condition that equal access to healthcare is respected.

KEYWORDS: Equity in health. Health policy. Bioethics.

RESUMEN: Equidad, uno de los pilares del Sistema Nacional Salud en Brasil (SUS), es término polisémico y no hay acuerdo sobre su significado en la sanidad. El artículo aporta la visión de sanitarios (profesionales, usuarios y gestores) sobre equidad en el SUS. Estudio cualitativo, descriptivo y analítico, hecho en tres ciudades del Estado de Sao Paulo, con 152 sujetos de Unidades Básicas de Salud y Unidades de Salud Familiar. Las entrevistas semi-estructuradas fueron organizadas por el Discurso del Sujeto Colectivo (QualiQuantSoftware®). Los resultados apuntan dos discursos: 'Tratar a todos igualmente' y 'Tratar a los desiguales de manera desigual, priorizando los más necesitados'. Éste último presenta dos criterios distintos para la definición de 'más necesitados': el 'Ojar Clínico' y el 'Ojar Epidemiológico-social'. Se concluye que las dificultades para definir equidad persisten, sin embargo, los resultados apuntan que el capital ético de los involucrados aprueba priorizar los más necesitados, bajo la condición de respetarse primero el igual acceso de todos a los servicios sanitarios.

PALABRAS-LLAVE: Equidad en salud. Política de salud. Bioética.

* Enfermeira. Livre-docente em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Pós-doutora em Bioética pela Universidade Complutense de Madrid. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São de Paulo. Mestre em Bioética pela Universidade do Chile. Professora Associada da Escola de Enfermagem da USP. E-mail: elma@usp.br

** Enfermeira. Livre-docente em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Pós-doutora em Promoção da Saúde pela Universidade de Toronto. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Associada da Escola de Enfermagem da USP.

*** Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

A universalidade no acesso aos serviços, a igualdade no atendimento e a equidade na distribuição dos recursos são pilares do Sistema Único de Saúde (SUS). A universalização coloca em pauta a alocação de recursos na saúde e a preocupação com a equidade. Na Saúde, distribuir recursos, financeiros ou físicos, de maneira eficiente e equitativa é um desafio para gestores e profissionais, em todos os níveis do Sistema¹.

Os países com sistemas de saúde publicamente financiados enfrentam o problema de sua insustentabilidade financeira, decorrente do crescimento dos custos com saúde a ritmo superior ao da criação da riqueza. Isso traz para a saúde o conflito entre os objetivos da equidade e eficiência. Enquanto a eficiência é um conceito claramente definido e mensurável por técnicas de avaliação econômica, a equidade constitui critério subjetivo que reflete valores, considerações éticas e normas sociais².

Os limites dos recursos requerem critérios e parâmetros para priorizar o que e para quem será ofertado. Esse tipo de decisão, além dos fatores políticos, econômicos e legais, envolve a ideologia e os valores morais da sociedade. A eficácia das decisões políticas depende da consideração dos valores e princípios éticos da sociedade³. O sucesso de uma política de priorização dos cuidados em saúde depende, em grande medida, do quanto incorpora os valores e aspectos culturais da sociedade².

Considerando isso e a inexistência de consenso na literatura sobre o que vem a ser justiça distributiva em saúde e, ainda, que equidade, um dos pilares do SUS, é termo polissêmico, cercado da mesma falta de consenso^{3,4,5}, este artigo pretende contribuir para a questão trazendo a visão dos atores do SUS (gestores, usuários e profissionais) acerca do que consideram equidade na atenção à saúde. Apresenta resultados de pesquisa, financiada pelo CNPq, cujos objetivos incluíam identificar, entre gestores, usuários e profissionais, os sentidos conferidos aos pilares e diretrizes do SUS. Essa visão é cotejada e analisada com concepções de justiça e equidade das produções de saúde coletiva, filosofia e ética.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, de cunho descritivo e analítico, realizado em três municípios de diferentes regiões do Es-

tado de São Paulo, em gestão plena do SUS, com mais de 150.000 habitantes e com distintos IPRS (Índice Paulista de Responsabilidade Social): Marília, Santos e São Carlos. Esses critérios de inclusão buscaram assegurar a confiabilidade e amplitude de uma amostra qualitativa, cuja representatividade não é numérica, mas uma variabilidade que inclua a diversidade do problema investigado⁶.

Os sujeitos foram trabalhadores e usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de Unidades da Estratégia Saúde da Família (USF). Para cada tipo de serviço, incluiu-se a unidade mais antiga e a mais nova, considerando-se o início das atividades. As categorias profissionais variaram segundo cada serviço, incluindo agente comunitário de saúde, auxiliar de limpeza, auxiliar odontológico, técnico e auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico, odontólogo e gestor. Para os usuários, optou-se por incluir os ativos na participação popular, como membros do Conselho Municipal de Saúde ou do Conselho Gestor e, ao menos, um usuário que utilizasse regularmente a unidade de saúde, mas que não fosse do Conselho. Para os gestores, como a atenção básica foi o cenário para o estudo, incluíram-se apenas gestores vinculados à atenção básica nos diferentes níveis da administração municipal, identificados a partir do organograma. Os sujeitos foram mantidos anônimos, sendo nomeados pelo termo EQUI seguido de um número sequencial.

Entrevistou-se um total de 152 sujeitos: 51 em Marília, 41 em São Carlos e 60 em Santos. Nas entrevistas semi-estruturadas, segundo as peculiaridades de compreensão dos sujeitos, usou-se um dos dois conjuntos de perguntas norteadoras feitas para identificar os sentidos conferidos para o termo equidade. Um conjunto era para os gestores e profissionais de saúde, e outro, para os usuários e agentes comunitários de saúde. Os dados, gravados digitalmente e transcritos na íntegra, foram organizados como o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁷, com o uso do QualiQuant-Software® e assessoria do Instituto do Discurso do Sujeito Coletivo em todas as etapas do processamento.

Depois dos DSC construídos, usando-se a análise de conteúdo⁸, destacaram-se dos dados brutos trechos que poderiam dialogar com os DSC e enriquecer a discussão e compreensão do fenômeno estudado.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e pelo CEP de pertinência em cada um dos três municípios.

RESULTADOS

Para a questão: “O que é equidade?”, encontramos duas categorias: (EQA) ‘Tratar todos igualmente’ e (EQB) ‘Tratar os desiguais de forma desigual priorizando os mais necessitados’. A segunda categoria revelou duas subcategorias, segundo o critério definidor de ‘mais necessitados’: (EQB1) Olhar Clínico e (EQB2) Olhar Epidemiológico-social. Seguem-se os discursos encontrados.

DSC - EQA – Tratar todos igualmente

Equidade é paridade, igualdade. Atender de maneira igualitária os pacientes que chegam à UBS, sem diferença de sexo, raça, religião, situação social, nível socioeconômico, nível de instrução, cor, credo, preferência política, enfim, sem qualquer tipo de distinção. É igualdade no tratamento das doenças, em todos os aspectos, não só orgânico. É nunca ter diferença.

Esse discurso é, respectivamente, mais encontrado entre médicos, enfermeiros e odontólogos, do que entre gestores.

A distinção social a evitar implica, também, não recusar atendimento aos “ricos”, identificados como os que têm plano de saúde:

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

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

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

Como resquício da construção histórica do sistema de saúde brasileiro, parece persistir no imaginário coletivo as ideias da assistência à saúde como mérito devido ao trabalhador e que o sistema público é para os que não têm condições de pagar outro tipo de atendimento.

A equidade, enquanto “tratar todos igualmente”, parece vincular-se à universalidade:

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

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

Tratar desigualmente os desiguais, pois cada um tem uma necessidade diferente. Dar um atendimento dife-

renciado, tratando da melhor forma possível quem está precisando mais e privilegiar as pessoas que estão necessitando de mais atendimento, de mais atenção, não necessariamente de consulta. Se tivesse uma vaga só, passaria no médico o que está com precordialgia, e o que está com desintéria, orientaria um soro caseiro e um acompanhamento. É um atendimento de quem precisa mais consumir mais e de quem precisa menos consumir menos, cada um na sua necessidade.

Esse discurso apareceu em 30 dos depoimentos, principalmente entre agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos e odontólogos, nessa ordem. Apenas dois gestores contribuíram para a construção desse DSC. Centra-se em critérios biológicos e na gravidade clínica, por isso “olhar clínico”. Reconhece que há necessidades diferentes, e o critério para priorização dos usuários fundamenta-se na perspectiva biológica, mais individual.

DSC - EQB2 – Tratar os desiguais de forma desigual, priorizando os mais necessitados (Olhar epidemiológico-social)

É tratar os diferentes de maneira diferente, dando mais a quem precisa mais. Trabalhar com prioridades, atender primeiro quem está necessitando mais, reconhecer que tem grupos populacionais, necessidades diferentes, que precisam mais do poder público e atender de maneira privilegiada esses grupos. É justiça social, uma atenção à saúde na medida da necessidade dessas pessoas e dessa coletividade. É dar o que cada um necessita de acordo com as condições dele, respeitando a característica socioeconômica, da família, da pessoa.

As expressões-chave de 12 depoimentos compuseram esse DSC, chamado “olhar epidemiológico-social” pelo critério de priorização de perspectiva mais coletiva, epidemiológica, considerando os grupos populacionais. Os gestores se destacam, e a participação dos enfermeiros e médicos não foi tão expressiva quanto no DSC anterior.

A visita domiciliar é instrumento para identificação das diferentes necessidades:

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

Trinta e um dos entrevistados afirmaram que não sabiam o era equidade.

DISCUSSÃO

A despeito da polissemia de sentidos atribuídos à equidade nos discursos, há em comum a preocupação e a busca de atender às necessidades de saúde. Há um clamor por justiça na saúde, expresso como um requerimento formal mínimo, comum nas teorias de justiça: os iguais devem ser tratados igualmente e os desiguais devem ser tratados desigualmente.

Esse requerimento é formal porque não identifica um aspecto particular no qual os iguais devem ser tratados igualmente e não provê critério para determinar se dois ou mais indivíduos são de fato iguais. Meramente afirma que sejam quais forem os aspectos relevantes, as pessoas iguais nesses aspectos devem ser tratadas igualmente. Assim, um problema óbvio do princípio formal de justiça é sua falta de materialidade⁹.

Há uma pista de especificação nos discursos ao falar de atender às necessidades das pessoas e priorizar os mais necessitados, mas persiste a falta de substância para definir necessidades e necessitados.

Tratar todos igualmente (EQA) e priorizar os mais necessitados (EQB1 e EQB2) parecem apelar para um “igualitarismo qualificado”, que requer apenas igualdades básicas entre os indivíduos e permite iniquidades que propiciam benefício para os que estão em desvantagem⁹. O máximo representante desse tipo de igualitarismo é Jonh Rawls, com sua teoria de justiça como equidade, na qual a igualdade é o primeiro dos princípios (EQA), e a diferença, que inclui priorizar os mais desfavorecidos (EQB1 e EQB2), o segundo.

Deve-se entender a proposta de Rawls¹⁰ no bojo da filosofia política, tomada como “realisticamente utópica” (p. 5), ou seja, como “exame dos limites da possibilidade política praticável” (p. 5). O filósofo reconhece que há problemas no discernimento dos limites do praticável e das condições, de fato, do mundo social, mas argumenta que os limites do possível não são dados pelo existente, pois “podemos, em maior ou menor grau, mudar as instituições políticas e sociais e muito mais” (p. 6). Para o autor, de certa forma, fazemos uma idealização. E esta é uma das funções de concepções abstratas: propiciar uma visão clara e ordenada de uma questão fundamental, enfocando os elementos mais significativos e relevantes para determinar a resposta mais adequada¹⁰.

Assim, poderíamos dizer que a equidade no SUS deveria ser tomada como “realisticamente utópica”, e os

limites do possível não podem ser dados pelo existente, especialmente quando equivale ao possível imposto pelos limites de financiamento do sistema. Não podemos esquecer que a equidade quase sempre é evocada em situações de escassez de recursos.

E como afirma Freire¹¹: “É uma imoralidade... que se sobreponha... aos interesses radicalmente humanos, os do mercado”.

É claro que nem tudo que é possível pelos avanços da biotecnologia terá de estar à disposição dos usuários do SUS, até porque, em certa medida, isso poderia equivaler a ceder aos interesses do mercado, sobrepondo-os, por vezes, ao humano.

A pergunta é: o SUS oferta aos brasileiros o essencial para sua cidadania em todos os sentidos? Ou seja, a atenção à saúde disponível para o brasileiro no SUS é digna de um cidadão e lhe permite exercer sua cidadania em outras esferas da vida?

Na equidade, a ideia não é simplesmente privilegiar os desfavorecidos, ainda que isso seja necessário, mas arranjar a sociedade e suas instituições para que os cidadãos possam conduzir seus assuntos com apropriada igualdade social e econômica¹².

Numa concepção política de justiça como a equidade, os princípios têm a função de definir os termos equitativos de cooperação social; especificam direitos e deveres básicos a serem garantidos pelas instituições políticas e sociais; regulam a divisão dos benefícios e distribuem os encargos. Como os cidadãos de uma sociedade democrática são livres e iguais, os princípios de uma concepção democrática de justiça tem de especificar os termos equitativos de cooperação entre cidadãos assim concebidos¹⁰.

As exigências de justiça não são somente pessoais, mas intersubjetivas, e quem as defende deve estar aberto ao diálogo no qual, para mantê-las ou modificá-las, saiam à luz argumentos e outras formas de comunicação, como histórias de vida, testemunhos e experiências¹³.

Parece reiterada a necessidade dos conselhos e conferências de saúde especificarem o princípio de justiça como equidade, especialmente na definição de quem vem a ser o mais necessitado para ser priorizado, como defendem os discursos. Ao identificar os mais necessitados, além de considerar a realidade dos territórios e indicadores sociais e de saúde, é preciso certa abstração para definir o norte de uma distribuição justa dos recursos.

A concepção política de justiça não se presta a dizer exatamente como as questões têm de ser resolvidas. Sua

função é criar um quadro de pensamento dentro do qual possam ser abordadas, esclarecendo os objetivos de reformas e identificando as iniquidades mais nefandas, cuja retificação é mais urgente¹⁰.

A justiça não está realizada no mundo, portanto sua consistência é externa e a partir dele julgamos os acontecimentos¹⁴.

A teoria de equidade de Rawls¹⁰ opera com uma concepção normativa e política de pessoa e não metafísica ou psicológica. Essa distinção é importante para a saúde, especialmente quando focamos as necessidades, ideia que permeou os DSC.

As características atuais do consumo têm implicações peculiares para a saúde. O consumo ordena-se cada vez mais em função de fins, gostos e critérios individuais. A mercantilização das necessidades ocorre em meio a uma lógica desinstitucionalizada, subjetiva e emocional, numa supremacia das motivações privadas. Na base desta dinâmica consumista está a busca das felicidades privadas, a otimização dos recursos corporais, relacionais e a saúde ilimitada¹⁵.

Preferências e necessidades não equivalem, e estas conformam concepção, ao mesmo tempo, fraco e forte no fundamento discussão do que é devido no atendimento a cada um¹⁶.

É preciso distinguir exigências de justiça, que são interpessoais e intersubjetivas e opções de vida feliz, muito pessoais. É a célebre diferença entre justo e bom. Embora possam ser compreendidas como faces da mesma moeda, as questões de justiça constituem exigências às quais devemos dar satisfação se não quisermos ficar aquém de mínimos éticos e de cidadania. Já as opções de vida feliz não são exigíveis, como os de justiça. São juízos bem diferentes 'isto é justo'; 'isto me convém'; 'isto dá a felicidade'. Quem diz 'isto é justo' não expressa apenas um ponto de vista, sua opção pessoal, mas manifesta uma convicção que os demais deveriam compartilhar ou serem capazes de bem justificar porque não o fazem. As exigências de justiça referem-se a mínimos que qualquer ser humano, todo cidadão, deveria cumprir e ter cumprido^{13,17}.

Assim, o SUS deve buscar o justo atendimento em saúde, pois 'isto é justo na atenção a saúde' difere de 'isto fará bem para minha saúde'. Uma coisa é tomar a pessoa como um todo na atenção individual, clínica, considerando suas inegáveis dimensões metafísica, psicológica, social, cultural e emocional, como registraram os discursos.

Outra é considerar essas dimensões numa concepção política de justiça, como a equidade. Talvez haja projetos de felicidade em saúde que não são justos e projetos justos que causarão a infelicidade de alguns.

É necessário acordo na importância e relevância das razões objetivamente expressas, sejam individuais ou de grupos, para justificar as diferentes reivindicações em saúde¹⁶. Atender os mais necessitados clinicamente pode significar privilegiar os procedimentos de alto custo, usualmente destinados aos casos mais graves. Um hipertenso com insuficiência renal pode ser visto como clinicamente mais necessitado do que outro sem tal comprometimento.

A lista de liberdades básicas que devem ser asseguradas a todos pode ser composta de maneira histórica, examinando regimes democráticos e reunindo uma lista de direitos e liberdades básicos e protegidos por regimes que, historicamente, pareçam mais bem-sucedidos, ou pode ser analítica: avaliamos as liberdades que fornecem as condições políticas e sociais essenciais para o adequado desenvolvimento e pleno exercício de duas importantes faculdades das pessoas livres e iguais: senso de justiça e concepção de bem¹⁰.

Num paralelo, para estabelecer o justo na atenção à saúde historicamente, examinaríamos regimes democráticos com sistemas universais, não começando pelos cortes e restrições de consumo para justificar restrições na oferta, mas pelo que tem assegurado aos cidadãos ao longo dos anos. Analiticamente, podemos tomar o que um sistema de saúde deve oferecer para garantir às pessoas uma vida digna de ser vivida, ou seja, capacitá-las para melhor aproveitarem as oportunidades e para se perceberem dignas dessas.

Para isso, é preciso eliminar diferenças arbitrárias e substituí-las pelas que não gerem vencedor e vencido, ou seja, devem-se manter somente as que sirvam para garantir o benefício de todos e de cada um dos participantes da sociedade equitativa de cooperação. O princípio da diferença, que integra a justiça como equidade, com sua ênfase no privilégio dos menos favorecidos, possibilita que as diferenças deixem de ser dado meramente arbitrário para se tornarem elementos significativos, fundamentais na organização de uma estrutura onde todos se beneficiem¹⁸.

As iniquidades em saúde são injustas quando decorrem de uma distribuição injusta dos fatores sociais controláveis que afetam a saúde. As diferenças na saúde, que persistem depois de uma justa distribuição de outros bens, poderiam ser tidas como aceitáveis ou justas.

Justiça distributiva e alocativa são distintas. Na equidade, o problema da justiça distributiva é sempre como ordenar as instituições da estrutura social básica num esquema unificado de cooperação social equitativo eficiente e produtivo que possa se manter no tempo, de uma geração a outra. Isso difere muito de como distribuir ou alocar um determinado conjunto de produtos entre diferentes indivíduos que não cooperaram de forma alguma para produzir os bens, embora suas necessidades, desejos e preferências particulares sejam conhecidos. Isso é justiça alocativa¹⁰.

Estaria o uso, cada vez mais frequente, da expressão “alocação de recursos em saúde” indicando tendência à justiça alocativa em lugar da distributiva? Se for assim, isso seria compatível com a definição constitucional da saúde como direito social? Seria apropriado para um sistema de saúde universal?

Parece-nos rejeitável a ideia de justiça alocativa para um sistema de saúde universal, como é o SUS, pois, além de sua própria base ser solidária e não meritocrática¹⁰ consideramos que a justiça alocativa é incompatível com a ideia fundamental que organiza a justiça como equidade: a ideia de sociedade como sistema equitativo de cooperação social ao longo do tempo. Os cidadãos cooperam para produzir os recursos sociais aos quais dirigem suas reivindicações. Por isso, coerentemente, a igualdade apresentada como um princípio do SUS tem sido vista, entendida e operacionalizada como equidade ao longo dos anos.

As perspectivas de vida das pessoas são profundamente afetadas por contingências sociais, naturais e fortuitas, e pela maneira que a estrutura básica delas se utiliza para cumprir certas metas sociais, segundo a disposição das desigualdades. Assim, importa a concepção de justiça como equidade como um todo na sociedade e não em um setor específico. Se as desigualdades decorrentes das contingências são ignoradas e suas manifestações são deixadas ao léu, sem as necessárias intervenções para preservar a justiça de fundo, não se está levando a sério a ideia de sociedade como um sistema equitativo de cooperação entre cidadãos livres e iguais¹⁰.

Os princípios gerais de justiça na equidade, propostos por Rawls, capturam os principais determinantes da saúde, especialmente quando se considera os cuidados de saúde entre as instituições que protegem as oportunidades¹⁶.

A pergunta persiste: quem são os menos favorecidos? Como identificá-los para priorizar?

Delimitar quem são os menos afortunados é essencial, pois a injustiça consiste em “desigualdades que não se estabelecem em benefício de todos”¹² (p. 216).

É impossível identificar os menos favorecidos sem considerar a renda e riqueza dos cidadãos. Porém, o termo “menos favorecidos” (p. 84) não é um “designador rígido” (p. 84). Os menos favorecidos não são grupos identificados por características naturais ou de outro tipo, como raça, gênero, nacionalidade, etc. Os menos favorecidos não são grupos rígida, estática e perpetuamente definidos; homens vs. mulheres; brancos vs. negros, por exemplo. Em qualquer esquema de cooperação, os menos favorecidos “são simplesmente os indivíduos mais desfavorecidos naquele esquema específico” (p. 84). Em outro, podem não sê-lo. E isso vale mesmo que se suponha, como o senso comum da sociologia política poderia sugerir, que os menos favorecidos em renda e riqueza incluem muitos dos nascidos nas classes sociais de origem menos favorecidas, dos menos dotados naturalmente e dos que sofrem de má sorte e infortúnios. Ainda assim, por si só, os atributos de renda e riqueza não definem os menos favorecidos, ainda que inegável a tendência desses aspectos caracterizarem muitos dos que pertencem ao grupo mais desfavorecido¹⁰.

Dispondo as desigualdades de renda e riqueza de modo a elevar ao máximo os benefícios para os menos favorecidos significa comparar os distintos e possíveis esquemas de cooperação social, verificando a situação dos menos favorecidos em cada um deles, para escolher aquele no qual estejam em melhor situação, ou seja, no qual serão mais beneficiados¹⁰.

Para Sen¹⁹, na vida de qualquer pessoa, certas coisas são valiosas por si mesmas: estar livre de doenças evitáveis, poder escapar da morte prematura, estar bem alimentado, ser capaz de agir como membro de uma comunidade, agir livremente e não dominado pelas circunstâncias, ter oportunidades para desenvolver suas potencialidades.

As duas primeiras relacionam-se diretamente aos cuidados de saúde.

A equidade, como proposta por Rawls¹⁰, contrapõe o utilitarismo de John Stuart Mills ao apoiar-se na reciprocidade de uma sociedade cooperativa e não na utilidade, do maior bem para maior número. Bem que é entendido como felicidade e prazer.

A crítica de Rawls ao utilitarismo parte do entendimento que essa concepção de justiça equipara-a com

benevolência e com o programa mais eficiente para as instituições, a fim de promover o bem geral. A justiça transforma-se, assim, numa espécie de eficiência que, por vezes, chega a justificar práticas contrárias ao que, comumente, entende-se por justiça. Resume-se ao balanço de vantagens e desvantagens, aos cálculos para compatibilizar a satisfação dos interesses envolvidos, sem considerar se esses implicam ou não a aceitação de princípios reciprocamente reconhecidos por todos. A justiça enquanto imparcialidade, como na equidade, pressupõe o contrário. Há um ponto de partida que nunca pode ser desconsiderado, e princípios que devem ser reconhecidos por todos e cada um dos integrantes de uma prática. Consequentemente, nunca poderá ser considerado prioritário o benefício para alguns, se esse benefício implica que outros se sintam prejudicados^{16,18}.

Na razão utilitarista, a justiça apresenta-se como algo imposto aos sujeitos, emanado de uma “eficácia executiva de um nível superior”. Dessa forma, a aceitação dos princípios de justiça equivalerá ao resultado contingente de uma decisão administrativa de um nível superior. Para o utilitarismo, a justiça pode se assemelhar a “alguém ter que distribuir bens a pessoas necessitadas, conforme a urgência relativa de suas necessidades”¹⁸.

Daí a necessidade de buscar articular as ideias dos três discursos, por meio da discussão e aceitação de princípios que levem em conta a igualdade e a ênfase nos mais necessitados e que propicie o melhor para todos e para cada um dos partícipes do SUS. Sem isso, a urgência das necessidades e o apelo em dar-lhes uma resposta poderão levar a um privilégio de cunho utilitarista, o que pode comprometer a proposta de equidade do SUS.

É claro que, em alguns momentos, principalmente nas medidas de cunho mais coletivo, como campanhas de vacinações, a razão utilitarista estará presente e será evocada como justificativa, dizendo-se que o prejuízo a uns poucos que podem ser vítimas dos eventos adversos justifica-se pelo bem do maior número, a proteção da comunidade contra epidemias. Mas, ainda nesse caso, parece valer a pena perguntar se há princípios passíveis de não serem reconhecidos reciprocamente como benéficos por todos.

Reconhecer o ser humano como digno implica não instrumentalizá-lo; não lhe causar dano; empoderá-lo na medida do possível e sempre que isso não cause danos a outros; estruturar as instituições e organizações sociais

para possibilitar a participação equitativa de todos nos benefícios, tendo como referência os interesses universalizáveis; tomar decisões que levem em conta dialogicamente os afetados pelas normas de justiça¹³.

Para uma visão abrangente de justiça em saúde, deve se apelar tanto para os princípios quanto para o processo, articulando-os coerentemente¹⁶.

É justo que todas as pessoas tenham alimentação, moradia, vestimenta, educação, atenção em tempos de vulnerabilidade, liberdade de expressão, formação de sua consciência, sejam capazes de orientar pessoalmente sua vida. É justo que as sociedades desejem estar à altura da mínima dignidade moral, satisfaçam essas necessidades básicas e promovam as capacidades das pessoas para que possam satisfazê-las e levar adiante uma vida digna e feliz. É claro que, além disso, precisam de consolo, esperança, sentido, carinho, que são bens de gratuidade, não exigíveis como direito, compartilhados como dons por quem os doa pela abundância do coração e não por dever, ou não seriam dom gratuito¹³.

A dignidade humana não admite privilégios em sua significação, pois não é atributo outorgado, mas qualidade inerente das pessoas. É um *a priori* ético comum a todos os seres humanos e, assim, qualidade axiológica que não permite gradações. A dignidade presta-se para a inclusão de todos os seres humanos e não para excluir os que não interessam²⁰.

A dignidade fundamenta a defesa da igualdade e do trato não discriminatório, tão marcado nos discursos como direito de cidadania dos usuários do SUS.

Além de quem priorizar, há ainda a questão do que priorizar. Todas as necessidades de saúde das pessoas são justas? Ou seja, podem ser exigíveis com um custo a toda sociedade?

Para isso, faz-se útil examinar os tipos de preferências propostos por Vita¹², pois desafiam qualquer concepção plausível de justiça ao delimitar a que necessidades atender:

- **preferências ofensivas:** as de natureza discriminatória e/ou cuja satisfação, considerando as decisões de política pública, causam dano à vida, à dignidade humana ou à liberdade de outros. Para ilustrar, o autor traz a atitude do tipo “preso tem mais é que morrer”. Poderíamos, para a saúde, lembrar como os negros e as mulheres que provocam o aborto são tratados com discriminação nas salas de emergência, sendo que, no primeiro caso, um dado epidemiológico

gico da maior importância para a clínica, a incidência aumentada de hipertensão entre os negros, é, inúmeras vezes, escamoteada por preconceitos, e o AVC é confundido com embriaguez. Ou ainda, quando fumantes são preteridos em transplantes de pulmão e alcoolistas dos transplantes de fígado.

- **gostos caros:** preferências cuja satisfação impõe exigências excessivas aos outros. Muitas vezes, os últimos avanços em biotecnologia podem se equivar a “gostos caros”, por haver outros tratamentos menos custosos e de comprovada eficácia, ou, ainda, por serem experimentais e não gozarem de evidência suficiente para sua incorporação em um protocolo para um sistema de saúde universal. Isso sem mencionar a polêmica questão das cirurgias estéticas e da reprodução assistida.
- **preferências modestas:** são as que fazem exigências mais modestas aos outros do que, fossem outras as circunstâncias, deveria ser o caso. Na saúde, seria uma medicina de pobres para pobres.

O desafio é, por meio de deliberação responsável e prudente, encontrar as necessidades justas e os grupos que, equitativamente, têm de ser priorizados a cada decisão. Tarefa para o âmbito democrático dos conselhos de saúde.

Isso porque descobrir o capital ético dos povos não consiste em realizar uma ata do existente, como se o ético tivesse que assumir um papel cartorial e limitar-se a dar fé do inventariado. Ao descobrir, devemos, também, praticar o exercício da crítica, do discernimento entre o que há e o que deveria haver, entre o justo e o injusto. E os elementos necessários para a crítica vêm de fora, das teorias de justiça¹³.

“Sin autonomía no hay moral (Kant), sin realizarla en la comunidad política no toma carne y sangre de vida cotidiana la intersubjetividad ética (Hegel), sin el reconocimiento recíproco de quienes se saben interlocutores en una comunidad de hablantes es imposible discernir qué normas son justas (ética del discurso).”¹³ (p. 22)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades para delimitar equidade no SUS persistem, porém os resultados encontrados apontam que o capital ético de seus atores admite priorização dos mais necessitados, a partir de um critério primeiro de igualdade no acesso. Essa contribuição ajuda a tornar claros a ideologia e os valores morais dos que fazem o SUS no cotidiano, a fim de colaborar para a eficácia das decisões políticas. Ainda vale marcar que é possível concluir que:

- não existe um entendimento único de equidade entre gestores, profissionais e usuários do SUS;
- há quem desconheça o que vem a ser esse princípio no SUS;
- isso decorre do processo de democratização de nosso País e da história de seu sistema de saúde;
- as dificuldades para efetivar equidade na saúde têm a ver com a fragilidade de nossa democracia e da estrutura básica de nossa sociedade;
- a concepção de saúde enquanto bem-estar pode dificultar as decisões e deliberações sobre o que é justo;
- que a efetivação da equidade passa por valores de igualdade, solidariedade, liberdade e autonomia, valiosos em si e, ao mesmo tempo, por possibilitarem um processo de vivência social numa intersubjetividade ética que inclui não instrumentalizar as pessoas; não lhes causar dano; potencializar suas capacidades a ponto de poderem participar de maneira autônoma e dialogicamente válida dos fóruns onde as decisões relativas à saúde, sua e da coletividade ocorrem;
- que as injustiças referem-se às desigualdades que poderiam ser evitadas se outro esquema de organização social, possível e diferente do vigente, fosse adotado e que quando não agimos para essa reversão tornamo-nos corresponsáveis pelas injustiças.

Esses são desafios não só para o SUS enquanto política pública abstrata, se é que pode assim existir, mas é tarefa diária dos profissionais e os pesquisadores em seu trabalho para uma saúde justa para todos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender o SUS. Brasília: CONASS; 2007. (Coleção Progestores)
2. Pinho MM. Racionamento dos cuidados de saúde: problemática inerente. *Cad Saude Publica*. 2008;24(3):690-5.
3. Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cad Saude Publica*. 2008;24(3):696-701.
4. Pinheiro MC, Westphal MF, Akerman M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):449-58.
5. Veiga PACV. Fórum: racionamento dos cuidados de saúde. Posfácio. *Cad Saude Publica*. 2008;24(3):708-9.
6. Guerra IC. Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso. São João do Estoril: Principia; 2006.
7. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV, organizadores. O Discurso do Sujeito Coletivo: uma nova abordagem metodológica na pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
9. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5a ed. New York: Oxford University Press; 2001.
10. Rawls J. Justiça como equidade: uma reformulação. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
11. Freire P. Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
12. Vita A. A Justiça Igualitária e seus críticos. São Paulo: Martins Fontes; 2007.
13. Cortina A. Ética de la razón cordial: educar en la ciudadanía en el siglo XXI. Oviedo: Nobel; 2007.
14. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Triacastela; 2007.
15. Lipovetsky G. A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade do hiperconsumo. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.
16. Daniels N. Just Health: meeting health needs fairly. New York: Cambridge University Press; 2008.
17. Cortina A. Los ciudadanos como protagonistas. Barcelona: Galaxia Gutenberg Círculo de Lectores; 1999.
18. Caponi S. Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
19. Sen A. Desigualdade reexaminada. Rio de Janeiro: Record; 2001.
20. Junges JR. Bioética: hermenêutica e casuística. São Paulo: Edições Loyola; 2006.

Recebido em: 10 de fevereiro de 2010.
Aprovado em: 19 de março de 2010.