

REVISTA

DIREITO, INOVAÇÃO E REGULACÕES

I. DOCTRINA NACIONAL

1

**EQUIDADE NA SAÚDE: DESAFIOS DO PRESENTE E DO
FUTURO PRÓXIMO**

EQUITY IN HEALTH: PRESENT AND NEAR FUTURE CHALLENGES

Fernanda Shaefer Rivabem¹

¹ Fernanda Shaefer Rivabem. Pós-Doutora pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Bioética da PUC-PR, bolsista CAPES. Doutora em Direito das Relações Sociais na Universidade Federal do Paraná (Doutorado Sanduíche nas Universidades do País Basco e Universidade de Deusto – Espanha, como bolsista CAPES). Professora do UniCuritiba. Coordenadora do Curso de Pós Graduação em Direito Médico e da Saúde da PUC-PR. Assessora Jurídica CAOP Saúde MPPR. Contato: ferschaefer@hotmail.com

RESUMO

A dificuldade de distribuição justa de recursos de saúde acompanha diversos modelos sanitários desde a sua criação e não é diferente com o Sistema Único de Saúde - SUS. O sistema de saúde brasileiro tem por fundamento constitucional o acesso universal, integral e igualitário que, se corretamente contextualizados, são capazes de garantir equidade do direito à saúde. A equidade aqui proposta é aquela que se aproxima dos ideais de justiça social e que possibilita, também, pensar a saúde como um direito de cidadania. A crise atual do sistema brasileiro e, talvez, a sua maior inequidade evidencia-se pelo seu alto custo e seu baixo impacto social, o que deve se agravar nos anos pós-pandêmicos, justamente porque se deixou de pensar nas determinantes de saúde. Por isso, a partir da pesquisa bibliográfica e normativa, o presente artigo investiga como a equidade permite realizar uma justiça distributiva que realmente opere sobre as determinantes de saúde, abandonando-se a gestão morbo-cêntrica hoje estabelecida e aproximando-se do real possível.

Palavras-chave: SUS. sistemas de saúde. pós-pandemia.

ABSTRACT

The difficulty of fair distribution of health resources has followed several health models since their creation and it is no different with the Unified Health System - SUS. The Brazilian health system is constitutionally based on universal, comprehensive, and equal access, which, if properly contextualized, are capable of guaranteeing equity in the right to health. The equity proposed here is one that approaches the ideals of social justice and makes it possible to think about health as a right of citizenship. The current crisis in the Brazilian system and, perhaps, its greatest inequity is evidenced by its high cost and low social impact, which should worsen in the post-pandemic years, precisely because it stopped thinking about the determinants of health. Therefore, based on bibliographical and normative research, this article investigates how equity allows for a distributive justice that really operates on the determinants of health, abandoning the morbo-centric management established today and approaching the real as possible.

Keywords: SUS. health systems. post-pandemic.

INTRODUÇÃO

Saúde, segundo o Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) é “estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Embora o conceito seja de difícil operacionalização¹, trouxe reflexos importantes na forma como se pensa a saúde. Abandonou-se o conceito puramente biológico (saúde como ausência de doença), para compreendê-la como um resultado de condições objetivas e subjetivas aptas a garantir vida digna². Por isso, hoje o conceito serve não só como base para as ações de promoção da saúde, como também para o estudo das determinantes sociais da saúde³.

Não se pode falar em garantia e efetivação do direito à saúde⁴ sem se compreender a amplitude do termo e as complexidades que dessa nova concepção decorrem. Por isso, não basta declarar um direito à saúde, é preciso organizar o Estado para realizá-lo, pois “é apenas a partir da determinação concreta do direito que se pode construir a sua garantia, determinando responsabilidade” (DALLARI, 1988, p. 60).

E é a partir dessa visão de saúde, utilizando pesquisa bibliográfica e normativa, que o presente texto pretende discutir como a equidade, enquanto princípio estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser compreendida. Para tanto, buscar-se-á avaliar a multiplicidade de seus significados e de que modo as desigualdades brasileiras se apresentam como influenciadoras das determinantes de saúde e, portanto, das inequidades presentes. A premissa aqui estabelecida é de que apenas compreendendo as inequidades é possível falar em equidade como forma de superação e efetivação de diversas políticas públicas, inclusive aquelas voltadas à saúde (individual e coletiva).

¹ Segundo Schwartz (2001, p. 36) “[...] o conceito não é operacional, pois depende de várias escalas decisórias que podem não implementar suas diretrizes. Vários são os fatores que afetam negativamente nesse sentido, sendo que o principal, pode-se dizer, é que, a partir do momento em que o Estado assume papel de destaque no cenário da saúde, a vontade política é instrumento de inaplicabilidade do conceito da OMS, uma vez que as verbas públicas correm o risco de não serem suficientes para a consecução do pretendido bem-estar físico, social e mundial”.

² “Isso significa que a produção da saúde da população depende do conjunto de políticas públicas”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 05).

³ O conceito das determinantes sociais da saúde (DSS) foi reconhecido pela OMS apenas em 2005. O conceito foi desenvolvido por cientistas sociais que utilizaram a expressão pela primeira vez no livro *Why are some people healthy and others not the determinants of the health of populations*. “No início, o conceito foi recebido no Canadá como uma negação das abordagens comunitárias da Promoção da Saúde, mas rapidamente os dois conceitos apareceram como complementares, podendo a promoção apoiar-se sobre teorias e pesquisas sociais para melhorar a abordagem com as comunidades” (PERRAULT, *et al*, 2013, p. 720-721).

⁴ O direito à saúde é considerado um direito humano de segunda geração. Os direitos de segunda geração são aqueles que surgiram no contexto da industrialização do século XIX e seus graves reflexos sociais e econômicos. São direitos que revelam a transição das liberdades formais abstratas dos direitos da primeira geração para as liberdades materiais concretas dos direitos de segunda geração.

1 BREVES NOTAS SOBRE OS MODELOS UNIVERSAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Na busca da operacionalização do direito à saúde surgiram vários sistemas com amplitudes diversas. A OMS considera um sistema de saúde como um conjunto de entidades responsáveis por intervenções na sociedade que têm a saúde como principal objeto. Como frutos do contexto histórico, político e econômico, os sistemas variam de país para país, que determinam a estruturação de acordo com os seus valores, os seus interesses e as suas possibilidades.

Os sistemas de saúde são fenômenos complexos e só podem ser compreendidos a partir do ordenamento e do contexto econômico e social em que estão inseridos. Portanto, o recorte do objeto aqui realizado serve tão somente para demonstrar essa diversidade de sistemas públicos que são considerados exemplos no mundo e que, assim como o Brasil, se sustentam pela universalidade de acesso, fundamentado nas noções de cidadania e não apenas na capacidade contributiva.

Ressalte-se, mais uma vez, que o contorno aqui apresentado não se destina a explicar o integral funcionamento desses sistemas de saúde, nem dissecar sobre as suas inequidades e as suas dificuldades. A proposta apresentada serve de direcionamento ao tema proposto: como a universalidade dos sistemas de saúde pode conduzir à equidade e os seus consequentes desafios, ainda que em níveis distintos.

1.1 Brasil

O direito à saúde foi reconhecido como direito humano em 1948 com a publicação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (art. 25). À época, no Brasil⁵, o direito

⁵ As Constituições de 1824 e 1891 não faziam referência expressa ao direito à saúde. Na Constituição de 1934 a assistência à saúde estava relacionada aos benefícios previdenciários e legislação trabalhista, diretrizes repetidas nos textos constitucionais de 1937, 1946, 1967 e EC n. 1/69. Nesse sentido, ensinam Sarlet e Figueiredo (2009, p. 2) que “a consagração constitucional de um direito fundamental à saúde, juntamente com a positivação de uma série de outros direitos fundamentais sociais, certamente pode ser apontada como um dos principais avanços da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (doravante designada CF), que a liga, nesse ponto, ao constitucionalismo de cunho democrático-social desenvolvido, sobretudo, a partir do pós-II Guerra. Antes de 1988, a proteção do direito à saúde ficava restrita a algumas normas esparsas, tais como a garantia de “socorros públicos” (Constituição de 1824, art. 179, XXXI) ou a garantia de inviolabilidade do direito à subsistência (Constituição de 1934, art. 113, caput). Em geral, contudo, a tutela (constitucional) da saúde se dava de modo indireto, no âmbito tanto das normas de definição de competências entre os entes da Federação, em termos legislativos e executivos (Constituição de 1934, art. 5o, XIX, “c”, e art. 10, II; Constituição de 1937, art. 16, XXVII, e art. 18, “c” e “e”; Constituição de 1946, art. 5o, XV, “b” e art. 6o; Constituição de 1967, art. 8o, XIV e XVII, “c”, e art. 8o, § 2o, depois transformado em parágrafo único pela Emenda Constitucional no 01/1969), quanto das normas sobre a proteção à saúde do trabalhador e das disposições versando sobre a garantia de assistência social (Constituição de 1934, art. 121, § 1o, “h”, e art. 138; Constituição de 1937, art. 127 e art. 137, item 1; Constituição de 1946, art. 157, XIV; Constituição de 1967, art. 165, IX e XV).

aproximava-se mais de um benefício da previdência social (direito à assistência) assegurado aos trabalhadores com vínculo formal (sistema previdencialista que se aproximava do modelo inglês de 1937). Por isso,

Durante décadas, as políticas públicas de saúde tiveram como objetivo propiciar a manutenção e recuperação da força de trabalho necessárias à reprodução social do capital. Ao mesmo tempo, o setor Saúde era marcado por forte cunho assistencialista e curativo, de caráter crescentemente privatista, com pouca prioridade para as políticas de promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 7).

Na década de 60 teve início o movimento da Reforma Sanitária, que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986⁶, evento que, para além da participação de sanitaristas, contou também com a presença da sociedade civil organizada⁷. As principais conclusões da Conferência acabaram por influenciar o poder constituinte de 1988, que deu tratamento diferenciado ao direito à saúde (considerado a partir de sua real extensão), também influenciando a construção do Sistema Único de Saúde (adoção do sistema universalista).

O conceito de saúde sustentado pela Reforma Sanitária se afina com o de qualidade de vida, entendida como a conquista histórica da capacidade de fruir e criar uma vida que atenda, dentro dos padrões da dignidade humana, as demandas de moradia, trabalho, transporte, lazer e propicie o acesso às ações integrais de saúde, a uma educação de qualidade e a mecanismos de resolução equânime e pacífica dos conflitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 8-9).

A construção do sistema de saúde “rompeu com o caráter meritocrático que caracterizava a assistência à saúde no Brasil até a Constituição de 1988, e determinou a incorporação da saúde, como direito, numa ideia de cidadania” (MENICUCCI, 2014, p. 78).

É justamente essa aproximação com outros direitos constitucionais sociais que trará desafios aos SUS, principalmente porque fica clara a sua incapacidade de garantir tudo. E aí reside o paradoxo: embora não consiga garantir tudo, nas últimas décadas se criou, equivocadamente, a expectativa de que absolutamente tudo que se refere à assistência à saúde, especialmente no âmbito curativo, deve ser provido pelo SUS.

A mudança de cultura social e política com relação ao SUS deve pautar as novas

⁶ “Nesse evento, reafirmou-se o reconhecimento da *saúde como um direito de todos e dever do Estado*, recomendando-se a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado (com atribuições específicas para a União, estados e municípios) e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação)” (PAIM, 2008, p. 27)

⁷ Paim (2008, p. 258-259) afirma que “a Reforma Sanitária alude para uma reforma social ampla (reforma geral) e mudanças no modo de vida (revolução no modo de vida) e ilude quanto às suas possibilidades quando se restringe ao SUS (reforma parcial). [...] A Reforma Sanitária, resultante do movimento da democratização da saúde no Brasil na década de 70, não teve origem no Estado e sim na sociedade civil”.

discussões. “A conquista da saúde precisa estar articulada à ação sistemática e intersetorial do Estado sobre os determinantes sociais da saúde, ou seja, o conjunto dos fatores de ordem econômico-social e cultural que exercem influência direta ou indireta sobre as condições de saúde da população” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 10). Parece, no entanto, que essa premissa foi há muito esquecida, focando-se as discussões no financiamento e no fornecimento de medicamentos e tratamentos.

Por isso, é possível afirmar que a Reforma Sanitária, movimento que contou com diversos protagonistas, não se encerrou com a Constituição Federal, mas é um processo contínuo e dinâmico que permite (re)avaliar as conquistas e pleitear novos avanços, e que hoje devem estar especialmente focados em ações de promoção e de prevenção.

Na Constituição Federal de 1988 a saúde é reconhecida como direito fundamental social (art. 6º, CF) e inserida no Sistema de Seguridade Social. O art. 196, CF, reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado⁸, sendo de relevância pública as ações e serviços de saúde (art. 197, CF).

Com efeito, na condição de direito de defesa, o direito à saúde assume a condição de um direito à proteção da saúde e, em primeira linha, resguarda o titular contra ingerências ou agressões que constituam interferências na e ameaças à sua saúde, sejam oriundas do Estado, sejam providas de atores privados. Já como direito a prestações, o direito à saúde pressupõe a realização de atividades por parte do destinatário (o Estado ou mesmo particulares) que asseguram a fruição do direito. Em sentido amplo, abrange a consecução de medidas para salvaguarda do direito e da própria saúde dos indivíduos (deveres de proteção), bem como a organização de instituições, serviços, ações, procedimentos, enfim, sem os quais não seria possível o exercício desse direito fundamental (deveres de organização e procedimento) (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p. 199).

Apenas em sentido estrito é que o direito à saúde se identifica com a dimensão prestacional em que se buscam especificamente o fornecimento de serviços de saúde e medicamentos.

A Constituição Federal de 1988 não trouxe uma fotografia do sistema de saúde até então adotado, mas sim, apresentou uma proposta absolutamente transformadora, impondo ao Poder Público o dever de ofertar ações e serviços de saúde a todos (acesso universal, art. 196, CF e atendimento integral, art. 198, CF). Foi então, o art. 198, CF, que estabeleceu o novo e hierarquizado sistema de saúde, cujas competências estão fixadas no art. 200, CF,

⁸ “No entanto, a expansão da assistência à saúde para todos os cidadãos produziu muitas expectativas, definiu comportamentos e gera demanda crescente por serviços de saúde. E, o mais importante, foi introjetado, de fato, que saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. Isso não é pouco. Apesar de todas as críticas, a saúde é considerada um direito do cidadão. Por isso se critica, porque não é exatamente aquilo que se quer (MENICUCCI, 2014, p. 78).

regulamentado pela Lei n. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde).

O SUS tem por fundamento o acesso universal, integral e igualitário e a leitura descontextualizada desses princípios vem provocando um grave desequilíbrio no sistema e naquilo que se pretende por equidade. As promessas do SUS estão cada vez mais distanciadas da realidade, sendo por muitos e, em vários aspectos, consideradas irrealizáveis justamente por estarem descontextualizadas das noções de prevenção, promoção e recuperação. Esquecem-se, os críticos do sistema que o direito à saúde é apenas um dos aspectos da integralidade e não seu correspondente único.

Não há sistema tão abrangente como o brasileiro, assim como não há sistema em se que prometa tudo de forma irrestrita. Por isso, repensar o SUS a partir dessa realidade, das noções de equidade e de realização de políticas públicas preventivas, promocionais e curativas, bem como focar nas demais determinantes de saúde é uma necessidade cada vez mais presente.

O SUS mostrou a sua força e a sua importância durante a pandemia, mas também escancarou as suas fragilidades e as suas iniquidades. Não há recursos suficientes em tempos de calma, situação que se agravou em tempos de tormenta. Se está assim agora, como ficará após a pandemia e quais serão os seus perniciosos efeitos sobre a saúde geral da população?

1.2 Canadá

Desde a década de 1970 o Canadá possui, prioritariamente, um amplo sistema público (*Medicare*) organizado por dez províncias que possuem importantes variações de cobertura e são responsáveis pela gestão e pela prestação dos serviços (*Canada Health Act*, 1984). Embora seja um sistema abrangente, a universalidade canadense não se aproxima da universalidade brasileira.

Dadas as características do sistema, praticamente não há sistema privado como nos moldes do brasileiro. A rede de atenção básica à saúde é fortalecida, sendo a base de todo o sistema, possuindo como referência o médico de família⁹, cuja atenção é focada na clínica. Os médicos atuam de forma autônoma (como se profissionais liberais fossem), sendo os médicos servidores públicos alocados quase que em sua integralidade nos centros de saúde comunitários, cuja atenção é focada nos grupos mais vulneráveis. Os hospitais são privados, sendo remunerados com verbas federais.

⁹ Há quem afirme que o médico de família é uma versão mais contemporânea do que um dia foi conhecido como médico de cabeceira. A especialidade Médico de Família e Comunidade foca nas pessoas, sem restrição de idade, gênero ou doenças, procurando dar atenção integral e comunitária ao paciente (vide: ARIAS-CASTILLO, *et al*, 2010).

Como todo sistema público, apresenta também as suas dificuldades: a demora de atendimento por especialistas e a coordenação do cuidado de pacientes com múltiplas comorbidades; a dificuldade de atendimento por médicos de família em locais mais remotos; a restrição de acesso a medicamentos; o excesso de exames e intervenções desnecessárias; a falta de boa coordenação nos cuidados e os custos elevados (BRANDÃO, 2018-2019, [s.p.]), problemas também comuns ao SUS.

1.3 Itália

Na Itália, a Constituição Federal de 1948 representou marco importante na modificação da forma como o Estado encarava a doença. Deixou de ser tratada como fator de impacto da produtividade, para ser a saúde reconhecida como um direito social a exigir positiva e concreta intervenção do Estado.

O direito à saúde foi consagrado no art. 32, 1º, da Constituição Italiana: “*la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti [...]*”¹⁰. Mas, a Reforma Sanitária de 1978 foi além e, superados os questionamentos quanto à limitação da gratuidade apenas a pessoas carentes, previu a universalidade do acesso ao direito à saúde, o que refletiu diretamente na transformação do sistema de saúde italiano.

O *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN), criado em 1980, não é um sistema de oferta integral como o sistema de saúde brasileiro. O sistema oferece um nível essencial de assistência (LEA) parecido com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e possui uma forma de financiamento mista (binária) que une tributação e uma espécie de coparticipação paga pelo usuário¹¹ (*ticket*) e, ainda, gratuidade para indigentes.

Tanto o sistema italiano quanto o brasileiro nasceram a partir de modelos societários de socorro mútuo, não tendo propriamente o Estado como provedor. Essa vocação começa a mudar apenas a partir das décadas de oitenta/noventa, fruto dos novos movimentos sociais que culminaram em Reformas Sanitárias importantes, que ampliaram a ideia de acesso a serviços sanitários para garantia de um direito universal à saúde. As opções legislativas, no entanto, distanciam-se em alguns pontos, especialmente na questão da regionalização e do sistema de coparticipação, sendo o SUS muito mais amplo que o sistema de saúde italiano.

¹⁰ Tradução livre: “A República tutela a saúde como direito fundamental do indivíduo e no interesse da comunidade, e garante atendimento médico gratuito aos indigentes [...]”.

¹¹ A lei prevê gratuidade para algumas pessoas.

Durante a pandemia, a forte regionalização do sistema italiano e o uso de convênios com entidades privadas mostrou as suas diferenças e as suas mazelas, sendo a Lombardia a região que mais ganhou destaque em razão do seu completo esgotamento e impossibilidade de atender à alta demanda.

Os gestores do sistema público confiaram na disponibilidade do sistema privado que se esgotou muito rapidamente, colapsando e mostrando cenas da mais absoluta falta de acesso a serviços essenciais de saúde, que pouco se aproximaram das estarrecedoras cenas divulgadas do colapso do sistema de saúde de Manaus.

1.4 Reino Unido

As raízes do sistema inglês podem ser verificadas no século XIX, quando se pode encontrar o acesso à saúde nos discursos que visam a construção de uma sociedade mais civilizada. No mesmo período alguns entes públicos já davam os primeiros passos na busca de sistemas públicos, tomando para si a administração de hospitais e apoiando entidades de saúde sem fins lucrativos.

Em 1920, Lord Dawson apresentou relatório contendo como proposta a organização de um sistema público de saúde que, depois da I Guerra Mundial, iria servir de base para a criação de hospitais municipais. Após a II Guerra Mundial a experiência do período anterior e as atrocidades do combate afirmaram a necessidade de um sistema público de saúde.

O NHS (*National Health System*) foi criado em 1948 e desde então já passou por diversas reformas.¹² Atualmente, adota um sistema binário do qual 98,8% da receita advém da tributação geral e 1,2% de taxação imposta ao usuário (cujos valores são fixos), sendo 81% dos recursos concentrados nos Grupos de Atenção Primária.

O Reino Unido conta com um sistema público de saúde que ainda hoje é uma das referências mundiais quando se fala em acesso universal e integral. O sistema privado é pequeno (apenas 5% dos hospitais) e trabalha em cooperação com o NHS com o sistema AQP (*Any Qualified Provider*), ampliando as possibilidades de escolha do usuário.

O sistema inglês utiliza a figura do médico de cabeceira, devendo o usuário primeiro se consultar com esse profissional que o encaminhará a um especialista se considerar

¹² “A criação do NHS no final da década de 1940 possibilitou a consolidação de direitos humanos universais no Reino Unido, em um período político de reconstrução social e econômica da Europa no pós-guerra. Nos últimos 30 anos, o NHS foi modificado a partir das crises econômicas da década de 1970, sob a influência do governo conservador de Margaret Thatcher, passando pela era trabalhista do final da década de 1990 e retornando aos conservadores em 2010. Atualmente, reflete a pujança das relações de mercado que ultrapassam os limites das relações comerciais, influenciando o setor de serviços públicos que garantem direitos sociais” (FILLIPPON, *et al.*, 2016, p. 4).

necessário. Embora seja o sistema mais antigo do mundo, também enfrenta grave crise, especialmente em razão do aumento das demandas, dos altos custos e da lentidão para o acesso aos serviços especializados. No entanto, apesar de suas dificuldades, o sistema inglês conta com uma maior legitimação social do que o SUS, porque busca criar laços entre as diferentes classes sociais, o que não ocorre no Brasil.

O sistema de saúde era centralizado, reunindo Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte sob uma única administração. Com a reforma de 2004 a administração continuou centralizada, mas permitiu-se que cada país pudesse também adaptar as questões de execução do sistema às particularidades regionais. Após a crise econômica de 2009, muitas discussões giram em torno da universalidade e da equidade do sistema, mas são princípios que até hoje se mantêm como sua base e que encontram forte defesa social.

Compreender genericamente os modelos dos sistemas de saúde universais a partir das suas particularidades e desafios é importante para análise aqui proposta. Estudar a equidade a partir de seus múltiplos significados e das realidades locais permite o desenvolvimento de ações e serviços em saúde que foquem não apenas na universalidade e na integralidade de acesso, mas que estejam voltados para a efetivação da equidade como forma de combate às desigualdades evitáveis.

2 IGUALDADE, EQUIDADE E JUSTIÇA

Embora comumente associado ao princípio da igualdade, o princípio da equidade se aproxima mais do princípio da justiça. Segundo Amartya Sen (2011) a justiça se estabelece em torno da noção fundamental de que, ainda que a lei instituisse igualdade entre as pessoas, as suas necessidades e as suas expectativas são diferentes.

Portanto, para além da definição de arranjos sociais ideais (John Rawls), é necessário considerar as realizações humanas (teoria da escolha social). Assim, na promoção da justiça, além das escolhas institucionais, é necessário considerar o papel dos indivíduos e sua capacidade de buscar os seus objetivos de vida. Por isso, na saúde a equidade integra a noção de justiça social de distintas formas.

As conotações multifacetadas da equidade permitem pensá-la sob os mais variados enfoques, mas também abrem possibilidades ao uso deturpado, a fim de justificar as mais diversas escolhas utilitaristas, o que sempre traz grandes riscos na área da saúde. Por isso, “o princípio de equidade a ser considerado aproxima-se de um conceito de justiça que deve ter na

desigualdade de oportunidade e na iniquidade o ponto central de suas preocupações” (NUNES, 2011, p. 34).

E parece ser essa, acertadamente, a ideia do princípio da igualdade estabelecido na Lei Orgânica da Saúde: saúde não é apenas assistência. É um conjunto de outras condicionantes e determinantes de saúde que têm reflexo imediato na qualidade de vida.

O movimento de democratização da saúde contido na Reforma Sanitária (1986) deixa clara a necessidade de se pensar a saúde também como um direito de cidadania, não podendo o direito se esgotar em modelos de Medicina curativa que se realizam em diagnóstico e terapêutica (e aqui parece estar um dos grandes desvirtuamentos dos últimos anos).

A população em geral foi levada a acreditar que saúde é apenas ausência de doença e, por isso, todo o SUS deveria ser pensado para dar conta dessas situações. Assim considerado, ao sistema sempre faltará a legitimação social de que tanto necessita e nunca haverá verba suficiente para a integralidade do atendimento.

Essa visão reducionista do direito à saúde promove distorções importantes e conduz a iniquidades intoleráveis e até mesmo de difícil enfrentamento. A crise no sistema evidencia-se pelo seu alto custo e pelo baixo impacto social de suas medidas e talvez essa seja a maior iniquidade a ser resolvida atualmente.

Os sistemas de saúde, para além das questões de cura, devem também voltar-se para questões socioeconômicas que impactam diretamente nas determinantes sociais da saúde, ideia que embasou a Reforma Sanitária da década de 80 e que por diversos fatores (especialmente econômicos e políticos) acabou sendo abandonada nos últimos anos. Só é possível se falar em equidade no SUS se se compreender que o direito à saúde transcende a dimensão meramente curativa.

2.1 Da Equidade no SUS

O art. 6º, CF, estabelece o direito à saúde como um direito fundamental social que deve ser garantido por meio de obrigação prestacional do Estado, ou seja, o Estado deixou de ser agente regulador do sistema de saúde para passar a ser, ele próprio, protagonista e provedor das ações sanitárias.

Os serviços de saúde prestados pelo Estado são espécies de serviços públicos¹³, sujeitos a um regime jurídico próprio, cujo objeto da prestação é socialmente relevante e fruível

¹³ Embora se possa encontrar vozes dissonantes como Fernando Herren Aguillar que afirma que os serviços de saúde não preenchem os requisitos do art. 175, CF, para poderem ser classificados como serviços de saúde. Afirma o autor que serviço público pressupõe delegação e que essa pressupõe exclusividade do serviço. Por isso, serviços

individualmente pelos administrados. São características gerais dos serviços públicos: a regularidade, a continuidade, a modicidade, a cortesia, a atualidade e a universalidade (GUIDI, 2019). E é na universalidade e na integralidade que o SUS encontrará os maiores desafios para alcançar a tão almejada equidade.

O conceito de equidade na saúde vem sendo debatido pela OMS desde 1986, constando expressamente na Carta de Ottawa (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde) como um dos oito pré-requisitos para a efetivação do direito à saúde. Enquanto princípio informativo do SUS não aparece na Constituição Federal, mas sim, no art. 13, I, Decreto n. 7.508/11, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90).

Whitehead (1992), contratada pela OMS para estabelecer o conteúdo do princípio, concluiu que a equidade na saúde não possui um único conceito, devendo ser pensada a partir de dois pressupostos: grupo de pessoas menos favorecidas têm menos chances de sobreviver e existem grandes diferenças nas experiências de adoecimento individual. Por isso, a equidade¹⁴ exige que as pessoas tenham oportunidades justas para atingir o seu potencial em saúde (ALBRECHT, *et al*, 2017, p. 118) e, para isso, é preciso se levar em conta os padrões de saúde dos diferentes grupos sociais e o acesso desigual aos recursos médicos.

A equidade em saúde, então, deve ter o enfoque em como a saúde se relaciona com outras características por meio da distribuição de recursos e acordos sociais. Como conceito multidimensional, a equidade em saúde inclui: aspectos que dizem respeito a alcançar uma boa saúde (e não apenas com a distribuição da atenção sanitária); promover a justiça nos processos prestando atenção na ausência da discriminação da prestação da assistência; sanitária; integração entre as considerações sobre a saúde e os temas mais amplos da justiça social e da equidade global (ALBRECHT, *et al*, 2017, p. 118).

Pode-se, então, afirmar que a equidade é fator essencial para a promoção da justiça social, especialmente em países como o Brasil em que as desigualdades socioeconômicas são evidenciadas e, por isso, frise-se mais uma vez, o direito à saúde não pode estar apenas informado pela medicina curativa.

prestados concomitantemente não poderiam ser considerados públicos porque não preenchem o critério da exclusividade (AGUILLAR, 1999, p. 137-139).

¹⁴ Compreende-se que “todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido e acolhido conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em cada aglomerado populacional existem grupos que vivem de formas diferentes, com problemas específicos em relação ao seu modo de viver, de adoecer e na forma de satisfazer suas necessidades de vida. Dessa forma, os serviços de saúde devem reconhecer e acolher estas diferenças, trabalhando para atender às diferentes necessidades, com respostas rápidas e adequadas, diminuindo as desigualdades existentes na qualidade de vida e saúde de diferentes camadas socioeconômicas da população brasileira (Pacto pela Saúde, 2006, p. 21)”.

Segundo Nunes (2011), a equidade presente no SUS hoje não se enquadra nem na teoria de Rawls (equidade na entrega do bem primário, ou seja, há equidade na saúde quando todos a receberem de acordo com suas necessidades), nem na teoria de Sen (que para além da necessidade, considera a habilidade do indivíduo em transformar o bem recebido em bem-estar).

Para se falar em equidade não basta observar a distribuição do cuidado sanitário, é preciso avaliar a justiça de processos e incorporar à pauta diferenças e diversidades próprias de um país continental com desigualdades sociais tão grandes.

Portanto, deve-se compreender que igualdade e equidade fundem-se para a promoção do que se denomina de *integralidade* do SUS, porque é justamente nesta que se percebem aqueles princípios. No entanto, vale destacar, a integralidade não se realiza apenas nas entregas do sistema, mas sim em como essas são efetivas e eficazes para fins de realização do direito à saúde em seu conceito mais amplo. Afirma Nunes (2011) que,

O SUS vigente no Brasil não pode ser enquadrado em nenhuma das classificações de equidade supracitadas. Nele, não há a identificação do que seria o bem primário de Rawls. A interpretação poderia ser de que a saúde é um bem primário e de que todas as necessidades em saúde devam ser atendidas. Entretanto, atender essa ampla gama de necessidades, utilizando a tecnologia disponível na medicina moderna, produz um custo que não pode ser financiado no atual arcabouço fiscal brasileiro. Desenhar um sistema que produza justiça não significa fechar os olhos e fingir que o atual modelo atende às necessidades da população. Pelo contrário, agir com justiça é admitir as atuais inconsistências do SUS e pensar em um modelo que se adapte à realidade do financiamento. O sistema deve pactuar a priorização da atenção às necessidades dos mais carentes, admitindo a criação de critérios de acessibilidade, priorização do atendimento e, se for o caso, modalidades de copagamento.

O SUS, embora pensado em um momento em que a saúde é entendida a partir de um conceito extremamente amplo (estado de completo bem-estar físico, mental e social), ainda é (e cada vez mais) um sistema morbo-cêntrico. Isso significa afirmar que muitas de suas ações ainda estão focadas no tratamento e cura dos doentes, ao invés de se investir em ações de prevenção e promoção, o que, sem dúvida, poderia auxiliar na redução ou na contenção de custos.

No entanto, eliminar toda e qualquer iniquidade no sistema seria uma grande utopia. A equidade permite que as diferenças em saúde permaneçam depois de uma justa e razoável distribuição de direitos e, por isso, quando se trata de um sistema de acesso universal, busca-se a justiça distributiva (e não alocativa, como alguns pretendem afirmar), objetivando a construção de uma política que considere a proposição de bens primários de Rawls e as capacidades de Sen.

Afirma Maria Elisa Villas-Bôas (2014, p. 104) que se apresentam,

[...] como objetivos comumente apresentados a essa assistência as seguintes premissas: a melhor assistência possível deve ser proporcionada a todos; deve ser garantida assistência com igualdade; a liberdade de escolha de parte do fornecedor de assistência à saúde e do consumidor deve ser mantida; os custos da assistência à saúde devem ser contidos. Considera, entretanto, que tais compromissos são inconciliáveis entre si, entendo ser inafastável aceitar a desigualdade no acesso à assistência à saúde como moralmente inevitável, por causa dos recursos privados e da liberdade humana, bem como – e aqui a crueza se torna mais chocante – aceitar o fato de que o estabelecimento de um preço para salvar a vida humana é consequência inexorável de um sistema de assistência à saúde economicamente eficiente estabelecido por meio de recursos comunitários.

Se em primeira análise essa informação parece chocante, os fatos vivenciados durante a pandemia deixam clara essa realidade: países priorizando a vacinação e tratamento de seus cidadãos, sem considerar a impossibilidade de acesso de países pobres aos mesmos recursos¹⁵, a falta de leitos e medicamentos diariamente noticiadas, opondo-se a notícias também diárias de tratamentos diferenciados oferecidos a celebridades ou pessoas com alto poder aquisitivo. E daí, mais uma vez, toda a discussão sobre equidade na saúde volta à tona, não só em razão das grandes desigualdades coletivas, mas também em razão das diferentes desigualdades e capacidades individuais.

Assim, é preciso que o discurso utilitarista do preço da vida seja mitigado por outros fatores que devem ser primeiramente levados em consideração como “eficiência real da assistência pretendida, na medida em que o custo da certeza da vida pode ser imensurável, mas talvez o custo de uma esperança ínfima e sem sustentação científica possa, sim, ser avaliado com razoável nível de segurança, racionalidade e sensibilidade” (VILLAS-BÔAS, 2014, p. 104).

Fato é que o princípio da equidade, nesse contexto, mostra-se intimamente relacionado ao princípio bioético da justiça (aqui indicado como fonte do Direito) considerado, ao lado do princípio da beneficência, prevalente em razão da sua necessidade à convivência social.

O princípio bioético da justiça se apresenta na imparcialidade da distribuição de recursos, benefícios, riscos e encargos do sistema de saúde. No entanto, como pode ser ele realizado quando se tem uma alta demanda judicial de prestações individuais que, sem dúvida, acabam priorizando benefícios ao indivíduo demandante?

¹⁵ Vide: O longo caminho pela frente para a vacinação Covid-19 na África. Disponível em: <https://saude.mppr.mp.br/pagina-1354.html>

A justiça como equidade (John Rawls¹⁶) refere-se à equitativa distribuição dos recursos, de modo que um número maior de pessoas possa deles se beneficiar. No entanto, a judicialização da saúde, especialmente quando se fala em ações individuais, quebra essa lógica. Estudo¹⁷ realizado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) confirma essa afirmação. A judicialização da saúde (assistência pública e privada) é fenômeno complexo no Brasil e que impacta diretamente na equidade em saúde, inclusive pela constatação de que ações coletivas têm menos chances de sucesso do que as individuais.

Embora nos últimos anos se possa verificar uma forte atuação do CNJ não só para melhor instrumentalizar juízes para tomadas de decisão em saúde, fato é que a grande judicialização do setor ainda é um enorme problema não só para o Judiciário, mas especialmente para o Executivo em razão do deslocamento de recursos do orçamento da saúde para rubrica extraordinária, situação que atinge diretamente o que se entende por equidade.

A judicialização da saúde não é um mal¹⁸ que deve ser combatido, mas deve ser melhor qualificada para também se transformar em instrumento de equidade. Como instrumento, a judicialização pode ser utilizada como forma de proteger e de fortalecer o modelo público de

¹⁶ Ressalte-se que afirmar o princípio da justiça como equidade não é transformá-los em sinônimos, mas sim, é afirmar que se alcançará a justiça como situação de igualdade. Nesse contexto a equidade horizontal corresponde ao tratamento igual dado aos iguais e a equidade vertical ao tratamento desigual aos desiguais.

¹⁷ “A chamada ‘judicialização da saúde’, assim, é uma expressão dessa disputa estrutural por recursos, mas atinge níveis ainda mais expressivos do que seria de se esperar por sua relevância no mundo das relações socioeconômicas. Um único e icônico caso, da Fosfoetanolamina, também conhecida como “pílula do câncer”, resultou, no período de oito meses, em cerca de 13 mil liminares para que a Universidade de São Paulo fornecesse medicamento ainda não aprovado na ANVISA e cuja eficácia ainda não havia sido comprovada por estudos técnicos (Dallari-Bucci e Duarte, 2017). O problema não se restringe a casos isolados. O número de demandas judiciais relativas à saúde aumentou 130% entre 2008 e 2017, enquanto o número total de processos judiciais cresceu 50%. Segundo o Ministério da Saúde, em sete anos houve um crescimento de aproximadamente 13 vezes nos seus gastos com demandas judiciais, atingindo R\$ 1,6 bilhão em 2016. Tal montante, ainda que pequeno frente ao orçamento público para a saúde, representa parte substancial do valor disponível para alocação discricionária da autoridade pública, atingindo níveis suficientes para impactar a política de compra de medicamentos, um dos principais objetos das demandas judiciais. Também na esfera privada, a judicialização afeta direta ou indiretamente as relações contratuais entre cerca de 50 milhões de beneficiários de planos de saúde, operadoras e prestadores de serviços de assistência à saúde [...]” (INSTITUTO de Ensino e Pesquisa – Insper, 2019, p. 7).

¹⁸ Afirma Ferraz (2019, p. 2) que “a judicialização em si não é necessariamente um fenômeno negativo da perspectiva do Estado Democrático de Direito. [...] Um olhar mais atento, porém, revela um quadro muito menos auspicioso. Estudos cada vez mais detalhados, realizados nos últimos dez anos, mostram que as características principais da judicialização da saúde que ocorre no Brasil fazem do fenômeno muito mais um instrumento de *garantia de privilégios* e uma fonte crescente e preocupante de *desorganização administrativa* do sistema público de saúde do que uma “revolução de direitos” motivada pela omissão estatal em garantir saúde à população mais necessitada. A judicialização não é motivada, na maioria dos casos, pelos principais problemas do sistema público de saúde. Não ataca o subfinanciamento, o subdesempenho e as persistentes desigualdades da atenção básica, dos medicamentos essenciais, dos determinantes sociais da saúde, sentidos principalmente pelos mais pobres. Pelo contrário, a judicialização se concentra desproporcionalmente nos estados, cidades e bairros mais desenvolvidos do país, e foca de modo desproporcional medicamentos e tratamentos de alto custo e comparativamente menos prioritários”.

saúde, a equidade no acesso e promover transformações sociais, especialmente no que toca à legitimação social do SUS.

A dificuldade de distribuição justa de recursos de saúde acompanha o desenvolvimento dos modelos sanitários desde sua concepção, ficando claro que as necessidades ilimitadas dos cidadãos sempre irão superar os recursos limitados do Poder Público.

Por isso, quando se fala em equidade na saúde se está a tratar de compatibilizar o *ideal constitucionalmente prometido com o real possível* (não confundir com reserva do possível), sem que se justifiquem as impossibilidades simplesmente nos discursos utilitaristas. Trata-se de buscar a melhor distribuição possível de recursos que são naturalmente escassos, de modo que possam beneficiar o maior número possível de pessoas de forma isonômica e equânime.

Pelo prisma da justiça como equidade, é de se considerar, primeiramente, que não deve haver distinções injustificadas entre os indivíduos e que as naturais desigualdades, se relevantes, hão de ser, sempre que possível, compensadas, em lugar de agravadas, sobretudo se o próprio indivíduo não lhes deu causa – decorrendo, nas palavras de Beauchamp e Childress, das loterias da vida -, a fim de assegurar a igualdade equitativa de oportunidades (VILLAS-BÔAS, 2014, p. 133).

De fato, nas inevitáveis escolhas feitas pelos serviços públicos, sempre haverá uma certa dose de utilitarismo, como por exemplo, a priorização das necessidades locais a partir de análises epidemiológicas que irão impactar naturalmente nas necessidades individuais. A questão, portanto, é de equilíbrio, proporcionalidade e sustentabilidade social. Então, o problema está na priorização das escolhas e como justificá-las.

O art. 10, da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos não ajuda na solução, afirmando que “a igualdade fundamental de todos os seres humanos em dignidade e em direitos deve ser respeitada para que eles sejam tratados de forma justa e equitativa”. Por isso, não há fórmula pronta, mas há desafios diários e escolhas trágicas que muitas vezes terão que ser feitas (e a pandemia mostrou como são elas difíceis).

Os modelos clássicos¹⁹ que visam a apresentar fórmulas para a garantia de decisões equânimes são insuficientes para dar conta das novas realidades, apresentando-se como falíveis quando colocados em prática. A escolha de critérios deve combinar os mais diferentes parâmetros, prevalecendo aqueles objetivos, impessoais e racionais, para evitar o risco de subjetivismo e distanciamento da realidade social. Esses parâmetros devem estar associados a critérios de efetividade específicos, demonstrada a sua segurança e proficuidade.

¹⁹ Modelos que levam em conta critérios supostamente técnicos; necessidade clínica ou social do interessado; critérios de merecimento, entre outros.

Quando se afirma a igualdade como um dos instrumentos da equidade, não se está a afirmar a abolição de todas as diferenças; ao contrário, se está, a partir delas, a construir um caminho ideal em que se possa atingir o almejado equilíbrio.

Nesse sentido, Miguel Reale (1998, p. 311) afirma que a justiça como realização do bem comum impõe a proporcionalidade exigida pelos valores da pessoa e pela conservação e desenvolvimento da cultura, representando o valor-fim que serve de fundamento último ao Direito. Escolhas trágicas em saúde sempre existirão, mas a opção pelos melhores modelos de equidade pode minimizar os dilemas e melhor justificar as preferências.

3 INIQUIDADES PRESENTES

Embora a equidade se apresente como um dos princípios informadores do Sistema Único de Saúde, várias iniquidades, na prática, podem ser observadas e sustentadas pela desinformação, pela ausência de políticas públicas, por privilégios ou até por critérios discriminatórios falsamente travestidos de argumentos técnicos. A garantia legal de equidade é, portanto, insuficiente em um cenário em que as desigualdades se multiplicam.

A desigualdade em saúde é atribuída a diferentes determinantes que podem corresponder a um conjunto de fatores interligados às condições de saúde e ao adoecimento, tais como os que definem o padrão de morbimortalidade dos diferentes grupos sociais e as diferenças na distribuição, organização e utilização dos recursos em saúde. A existência das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde consiste num dos principais pontos de atenção das investigações acadêmicas e dos próprios provedores dos serviços de saúde (VIANNA, *et al*, 2003, p. 58).

São exemplos de iniquidade no sistema: a) a profunda desigualdade social que se revela nos padrões de saúde-doença e nas questões afetas às doenças negligenciadas; b) a possibilidade de acesso judicial por meio de ações individuais a tratamentos ou medicamentos negados à maioria dos usuários; c) a pouca atenção a ações promocionais e preventivas de saúde; d) o baixo investimento em melhorias na Atenção Básica da Saúde que poderia reduzir o uso do sistema secundário e terciário com hospitalizações evitáveis; e) a falta de acesso a cuidados paliativos, etc.

As desigualdades e iniquidades aprofundam vulnerabilidades e podem conduzir a agravos à saúde por múltiplos fatores. No entanto, analisar as iniquidades apenas a partir da negação do acesso aos direitos contribui para que as injustiças se perpetuem, pois acaba-se focando nos bens e recursos em si e não naquilo que podem dar acesso e na capacidade de serem convertidos em prol do bem-estar.

Ajudar aqueles que não vivem dignamente “é primordial para respeitar concretamente o princípio de justiça, já que aplicar o valor da equidade como meio para atingir a igualdade é condição *sine qua non* da efetivação do próprio princípio de justiça” (SCHRAMM, 2008).

Diante de tantas iniquidades, um novo discurso se apresenta: é necessário evidenciar quais aspectos da equidade o sistema pretende realmente garantir, já que impossível atender a todos. Para isso, é indispensável que as estratégias preservem um certo grau de autonomia para os gestores locais, promovendo a proximidade com as necessidades coletivas do lugar para melhor compreender e combater as iniquidades em saúde.

Deve haver uma disposição geral para promover mudanças estruturais na ordem social, uma vez que as desigualdades e as iniquidades não podem ser analisadas por critérios reducionistas, descontextualizados e distanciados das vulnerabilidades: “a indiferença à complexidade dos contextos e à percepção de seus protagonistas impede ações voltadas a mudanças efetivas, ao mesmo tempo que desqualifica os indivíduos ao vê-los como incapazes de reagir a realidades arbitrárias” (SANTOS, 2020, p. 232).

Por isso, o conceito de equidade não pode estar desvinculado da multiplicidade de seus significados e das realidades concretas que se apresentam. Definir qual igualdade se procura e quais desigualdades poderiam ser aceitas é essencial para o início do percurso e para efetivamente compreender as determinantes sociais da saúde.

4 DESAFIOS ATUAIS E O FUTURO QUE SE APRESENTA

Além da luta pela garantia de ampliação de acesso e da qualidade dos serviços de Assistência Básica à Saúde (o que reduz, sem dúvida, custos do sistema), deve-se promover uma mudança de cultura capaz transformar o sistema morbo-cêntrico em um sistema que encabeça grandes ações de prevenção e promoção da saúde.

Evitar que a pessoa tenha que chegar ao sistema é um dos mais atuais, senão o principal, desafio para alcance da equidade, uma vez que possibilita a cada pessoa a satisfação das suas necessidades e o desenvolvimento das suas capacidades a partir de uma responsabilidade moral com a própria saúde e com a comunidade em que se insere.

O desafio está em concatenar toda a atividade de saúde (não só a pública) de uma maneira que a eficiência e a eficácia do serviço se apresentem naturalmente e não apenas como uma meta a ser alcançada. Humanizar as ações de saúde é proteger a dignidade humana, considerando-se o indivíduo não apenas como um fim em si mesmo, mas também em razão do meio em que está inserido.

As políticas públicas de saúde, representadas por um conjunto de atividades que podem conter serviços de saúde devem, obrigatoriamente, passar por uma coordenação geral, com competências bem definidas, capazes de garantir a coerência lógica das ações e dos objetivos a serem alcançados.

Exige-se também participação popular (não apenas a formal estabelecida pela Lei nº 8.142), não só para se aproximar das realidades locais, mas também para a construção de uma cultura de compreensão das funções, do alcance do SUS e da sua efetivação como um direito da cidadania.

A pandemia deixou clara a desarticulação brasileira, a falta de uma coordenação geral nacional que efetivamente estabelecesse papéis bem claros e definidos. A inexistência de campanhas nacionais com informações sobre a doença, de incentivo ao uso de máscaras, da importância da adesão à campanha de imunização não só promoveu o império da desinformação como acabou incentivando a baixa adesão às medidas preventivas e promocionais de saúde.

Evidencia-se, nesse contexto, que é preciso conciliar o respeito ao ser humano individual sem se olvidar da utilidade social. A equidade, portanto, também passa por aí. Diálogo que não deve ser pautado por preferências políticas, mas sim, pela mais legítima necessidade de promoção da saúde em todas as suas dimensões.

A equidade deve ser pensada como um instrumento capaz de conduzir a oportunidades de desenvolvimento pessoal e social. Por isso, a equidade em saúde não se atinge com altos investimentos em um sistema morbo-cêntrico voltado à doença. A equidade se realiza também em grandes ações preventivas e promocionais, capazes de evitar sobrecarga do sistema e de realmente efetivar o estado de completo bem-estar (individual e coletivo).

As novas tecnologias farmacológicas são outro ponto de destaque, não só porque encarecem o sistema, mas porque também forçam essa visão focada na doença. As novas tecnologias também podem e devem ser incorporadas na promoção de ações preventivas e promocionais, especialmente as destinadas à coletividade, mas não devem ser pensadas como prioridade.

Já está claro que o sistema de saúde não consegue atender as novas demandas, especialmente quando se referem a tratamentos e medicamentos de alto custo e, por isso, a lógica deve ser invertida. Ou seja, os altos investimentos devem ser feitos naquelas tecnologias que possam atingir um contingente cada vez maior de pessoas, mas principalmente, que visem evitar que se chegue aos níveis secundários e terciários da atenção à saúde.

Parece, em primeira análise, ser ofensivo e imoral pensar em custos quando se discute vida e saúde, no entanto, a própria ideia de equidade traz a necessidade dessa discussão. A

escassez de recursos e a sobrecarga do sistema público transcende as discussões morais. Trata-se de discutir proporcionalidade e razoabilidade das escolhas do sistema (e das políticas públicas) a fim de se alcançar a verdadeira equidade.

O reconhecimento das diversas vulnerabilidades é também mecanismo de realização da equidade. As vulnerabilidades não devem ser tratadas a partir de modelos meramente assistencialistas. Devem ser pensadas como nível de proteção especial que permita o alcance da justiça e do equilíbrio nas mais diferentes relações jurídicas. Trata-se de, a partir delas, pensar em intervenções equilibradoras do sistema que buscam realizar a igualdade material e dar condições de amplo desenvolvimento pessoal e social.

São múltiplos os valores que alimentam a discussão e talvez nunca se chegue a uma unanimidade com relação às escolhas. Por isso, há a necessidade de debates que possam levar à racionalização do sistema, à legitimação das decisões e à efetivação da equidade.

Não há uma única resposta, nem tampouco o melhor critério para o grande problema da alocação de recursos no sistema público de saúde. Devem-se buscar aquelas alternativas que mais racionalidade podem dar no âmbito sanitário à realização da equidade. Inexiste resposta que satisfaça a todas as necessidades, mas há respostas que podem auxiliar na obtenção do melhor resultado social possível.

A promoção de políticas sociais e de saúde passa, necessariamente, pela busca da justiça distributiva que muitas vezes apresentará soluções distintas das produzidas pelo mercado, uma vez que o centro da preocupação é alcançar a justiça social.

A pandemia e as suas consequências somam-se às iniquidades já presentes no sistema e apresentam novos e importantes desafios para a garantia de equidade no acesso, entre os quais se pode destacar: a clara necessidade de organização da representação e da coordenação do sistema; a convivência com a nova doença exige pensá-la como uma doença de Atenção Básica em Saúde (ABS); a implantação de testes em larga escala, especialmente nas periferias e nos grandes centros urbanos; o aperfeiçoamento da comunicação direcionada; a implantação de cuidados com a saúde mental também em ABS.

Outros desafios são, ainda: a retomada das grandes campanhas de imunização; o aperfeiçoamento do acompanhamento farmacológico; o cuidado com os doentes (com outras enfermidades) que não buscaram atendimento durante a pandemia e que, por isso, tiveram sua condição de saúde agravada; a busca pelo investimento na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); o aperfeiçoamento da gestão e da regulação em saúde como instrumento de equidade para a consolidação do sistema; o estabelecimento de

novas formas e fontes de financiamento; a promoção de mudanças em hábitos de consumo que impactam diretamente na saúde.

A partir da pergunta “que tipo de equidade se pretende no SUS?” deverão ser pensadas as respostas para melhor alcançá-la. Respostas que devem também ser cobradas das organizações sociais. Os desafios exigem a reorientação de todo o sistema para um modelo assistencial mais próximo das necessidades locais, visando ações que impactem eficazmente na situação de saúde, autonomia dos indivíduos e nos condicionantes sociais.

Planejar a reestruturação ou adequação do SUS exigirá que políticas públicas considerem as diferenças como princípio, resultando em propostas que focam na equidade e não apenas na universalização e integralidade do acesso.

A equidade, deve ser entendida como uma forma de superação das desigualdades consideradas evitáveis e, portanto, injustas. E não há contradição no que se está a afirmar, em razão do próprio conceito de equidade utilizado neste artigo.

É necessário discutir os critérios de justiça para, então, determinar como eles podem auxiliar na construção de um novo modelo de atenção à saúde. A equidade deve ser compreendida como uma estratégia para se atingir a igualdade de oportunidades de saúde em todas as suas dimensões e, novamente, a sociedade deve ser conclamada a participar dos debates e assumir a responsabilidade pelas escolhas. Não se trata de pensar as diversas desigualdades apenas a partir do sistema de saúde, mas de combatê-las como determinantes de saúde que são.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Sarlet e Figueiredo (2007, p. 178) os direitos sociais são, na ordem constitucional brasileira, direitos fundamentais que “comungam do regime pleno da dupla fundamentalidade formal e material dos direitos fundamentais”, portanto, para além de serem considerados cláusulas pétreas, encontram-se também sujeitos ao art. 5º, §1º, CF, outorgando-se a eles a máxima eficácia e efetividade possível.

Por isso, efetivar os direitos sociais é um dos grandes desafios dos Estados Sociais justamente porque muitos deles exigem prestações positivas articuladas em políticas públicas voltadas à satisfação social. Daí sua possível conexão com a teoria alemã do mínimo existencial.

O mínimo existencial (conteúdo mínimo, mínimo vital, núcleo essencial, etc.) se apresenta como uma garantia mínima imposta ao Estado para a existência de uma vida digna. “Entende-se que mínimo é uma porção do direito fundamental que não poderia ser suprimida

nem restringida, sob pena de impossibilitar ao cidadão o desfrute de uma vida com dignidade” (CAYRES, 2017, p. 865).

No Brasil, não há previsão expressa do mínimo existencial, mas no art. 170, *caput*, CF, que aponta os princípios da ordem econômica, está o objetivo de “[...] assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social”.

Não se trata, portanto, de se afirmar um mínimo quantificável, passível de diferentes grandezas, mas sim de compreender a dignidade da pessoa humana como valor-fonte de todo o ordenamento, reconhecendo-se que encontra nos direitos fundamentais a sua mais importante fonte de concretização. Mínimo existencial não se confunde com o mínimo destinado à subsistência e na área da saúde não pode ser confundido com acesso a tudo a qualquer preço.

O núcleo essencial do mínimo existencial pode variar de acordo com o direito social analisado (após a devida contextualização) uma vez que a vida não humana não pode ser reduzida simplesmente a condições de existência, exigindo que outros fatores sejam considerados para que se possa afirmar a existência digna. No entanto, disponibilidade financeira (reserva do possível) e capacidade técnica e jurídica não devem e não podem ser as únicas condicionantes do mínimo existencial.

A saúde, considerada como bem jurídico, deve ser tutelada como direito humano e como direito fundamental. Por isso, com a realização do mínimo existencial na saúde, busca-se reduzir vulnerabilidades e promover a saúde, objetivando-se a melhor assistência possível e a garantia de condições dignas de vida. Ou seja, busca-se garantir equidade, o que não significa garantir absolutamente tudo.

Mínimo existencial e reserva do possível não devem, portanto, ser respostas prontas e automáticas à judicialização da saúde porque isso caracteriza um retrocesso na busca da equidade no sistema. Não há elementos concretos e suficientes que possam caracterizar o mínimo existencial em realidades tão heterogêneas como a brasileira. Não se pode condicionar a efetivação de direitos sociais à pura existência de recursos financeiros.

As respostas estão em ações tomadas a partir dos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade que visem a maior eficácia e efetividade ao direito à saúde e não na fixação de mínimos para a concretização de direitos sociais. A equidade está em focar nas condicionantes e determinantes da saúde e não em mínimos que, especialmente na área de saúde, vêm se apresentando em uma enxurrada de ações individuais. A resposta não pode ser isolada e emergencial, mas sim deve ser aquela que mais eficácia dê ao sistema de saúde e que apresente os melhores efeitos sociais.

Trata-se, então, de se defender um básico social em saúde, o que exige um encadeamento de ações suficientes para impactar nas determinantes sociais da saúde e na concretização dos princípios do SUS - ações que envolvem o Poder Público em todas as esferas e não apenas o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILLAR, Fernando Herren. **Controle social de serviços públicos**. São Paulo: Max Limonad, 1999.
- ALBRECHT, Cristina Arthmar Mentz; ROSA, Roger dos Santos; BORDIN, Ronaldo. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *In: Saúde Soc*. São Paulo, v. 26, n. 1, p. 115-128, 2017.
- ARIAS-CASTILLO, Liliana; TORO, Cesar Brandt; FREIFER, Sandra; FERNÁNDEZ, Miguel Ángel. Perfil do médico de família e comunidade. Definição Iberoamerica. **Wonca**, 2010.
- BRANDÃO, José Ricardo de Mello. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. *In: Cadernos de Saúde Pública*, 2018-2019, 35(j):e00178217.
- CAYRES, Giovanna Rossetto Magatoro. A reserva do possível como limite para efetivação dos direitos fundamentais e o mínimo existencial. *In: 1o. Simpósio sobre Constitucionalismo, Democracia e Estado e Direto*, 2017, p. 864-877.
- DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. *In: Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 22(1): 57-63, 1988.
- FARENA, D. A saúde na Constituição Federal. *In: Boletim do Instituto de Advocacia Pública*, n. 04, 1997, p. 13-14
- FERRAZ, Octávio Luiz Motta. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. *In: Revista Direito GV*, v. 15, n. 3, 2019, p. 01-39. p. 02
- FILLIPPON, J.; *et. al.* A liberalização do Serviço Nacional de Saúde na Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. *In: Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(8), ago. 2016.
- GUIDI, Silvio. **Serviços públicos de saúde**. São Paulo: Quartier Latin, 2019.
- INSTITUTO de Ensino e Pesquisa – Insper. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Brasília: CNJ, 2019.
- KRELL, Andreas J. **Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha: os descaminhos de um direito constitucional comparado**. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris Editor, 2002.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan - mar. 2014, p. 77-92.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caminhos do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Editora MS, 2007.

NUNES, André. As teorias de justiça e a equidade no sistema único de saúde no Brasil. *In: Planejamento e políticas públicas*, n. 37, jul - dez., 2011, p. 09-37.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitaria brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PERRAULT, M.; CARVALHO, E.R.; BARROS, F.P.C. O direito à saúde como um dos principais determinantes sociais da saúde. *In: Rev. Enfermagem*, UFSM, 2013; 4 (Esp.): 719-728.

REALE, MIGUEL. **Fundamentos do direito**. 3a. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998.

SANTOS, Ivone Laurentino. Igualdade, equidade e justiça na saúde à luz da bioética. *In: Revista Bioética*, v. 28, n. 2, Brasília, abr./jun. 2020, p. 229-239.

SARLET, I.W.; FIGUEIREDO, M.F. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção do direito à saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. *In: KEINERT, T.M.; PAULA, S.H.B; BONFIM, J.R.A. (Orgs.). As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009, p. 1-35.

SCHRAMM, F. Bioética de proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *In: Revista Bioética*, Brasília, 2008.

SCHWARTZ, G. **O tratamento jurídico do risco no direito à saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SEN, Amartya. **A ideia de justiça**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

VIANNA, A.L.; FAUSTO, M.C.R.; LIMA, L.D. Política de saúde e equidade. *In: Em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **O direito à saúde no Brasil: reflexões bioéticas à luz do princípio da justiça**. São Paulo: Loyola, 2014.

WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity in health. *In: International Journal of Health Services*, Westport, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

Artigo recebido em: 30/09/2021

Artigo aceito em: 22/11/2021