



ANA MARIA BIZZARRO ROMARIZ ROSSI

**EQUIDADE NO SISTEMA DE SAÚDE DO
BRASIL: ANÁLISE CRÍTICA**

ÁGUAS CLARAS / MS

2016

ANA MARIA BIZZARRO ROMARIZ ROSSI

**EQUIDADE NO SISTEMA DE SAÚDE DO
BRASIL: ANÁLISE CRÍTICA**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à
Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul como parte
dos requisitos para obtenção do título de Pós-Graduação
em Gestão da Saúde.

Orientadora: Prof^a Msc. Cristiane Campos da Silva

ÁGUAS CLARAS – MS

2016

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Nome (orientador)

Prof. Nome (titular)

Prof. Nome (titular)

Prof. Nome (suplente)

ÁGUAS CLARAS, ____ de _____ de 2016.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.

Charles Chaplin

Dedicatória

Dedico ao meu marido Laércio Rossi e aos meus filhos (Mateus e Daniel) que sempre estiveram ao meu lado nessa longa caminhada.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Cristiane Campos da Silva pela dedicação e compartilhamento do conhecimento.

EQUIDADE NO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL: ANÁLISE CRÍTICA

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo desvelar como a equidade na saúde pode promover melhorias das condições de saúde da população, tendo como viés o Sistema Único de Saúde-SUS. A equidade em saúde tem sido estudada principalmente a partir de uma perspectiva epidemiológica e pouca atenção tem sido dada às questões conceituais. Em grande parte dos estudos revisados, a equidade tem sido utilizada como sinônimo de igualdade, e seu oposto, a iniquidade, como sinônimo de desigualdade. As tentativas de melhor precisar seus significados têm sido, em boa parte, descritivas, com lacunas no que diz respeito à discussão das relações entre equidade em saúde, justiça e o processo de determinação social da saúde-doença. A relevância do tema está em discutir o conceito de equidade no sistema de saúde, sendo um tema pertinente e atual. A metodologia utilizada foi por meio de entrevista informal com a Secretária de Saúde do município de Adamantina-SP e os diretores responsáveis pelo funcionamento da ESF-Estratégia Saúde da Família para saber qual é o ponto de vistas das autoridades sobre o tema em discussão. É preciso melhorar os argumentos e reformular o sistema de saúde e o seu atendimento.

Palavras-Chave: Atenção Básica; Gestão em Saúde, Administração; Gestores; Modelo Assistencial.

SUMÁRIO

	Pág.
I. INTRODUÇÃO	10
II. OBJETIVOS	11
II.1. Objetivos Gerais	11
II.2. Objetivos Específicos	11
III. REVISÃO DE LITERATURA	12
III.1. Sistema Único de Saúde-SUS.....	12
III.2. Equidade em saúde	17
IV. MATERIAL E MÉTODOS	20
IV.1. Métodos	20
V. RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
VI. CONCLUSÕES	23
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

I. INTRODUÇÃO

Ganhando destaque no debate público setorial como objetivo a se alcançar na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde, o tema da equidade em saúde, tem como intuito trazer a efetiva melhoria das condições de saúde da população brasileira em todo país.

O presente trabalho mostrará que o desenvolvimento do estudo sobre a precisão do conceito de equidade é muito complexo em que se encontram as tarefas públicas para a redução de desigualdades inter-regionais, no que tange a interação e interdependência dos agentes culturais, sociais e econômicos, sejam no cenário mundial e nacional, onde nestes tempos de globalização residem pressões nas agendas dos governos.

O estudo abordará os desafios e indagações pertinentes para uma gestão pública da saúde orientada à equidade no Brasil. Por meio de uma interpretação singular para o conceito de equidade na gestão descentralizada do SUS.

A relevância do tema está estudar a importância da equidade na gestão em saúde pública, no caso do Sistema Único de Saúde - SUS.

Neste sentido, encontrar a interpretação do conceito de equidade mais adequada ao campo de atuação em saúde, a fim de operacionalizá-lo em tarefas de gestão do sistema orientadas à redução de desigualdades, é um grande desafio.

Às dimensões mais pesquisadas da equidade em saúde (condições de saúde e consumo de serviços de saúde) sugere-se acrescentar outras duas dimensões (política e institucional) para tentar responder a pergunta: “equidade de quê?” e discutir prioridades. Retoma-se a determinação social do processo saúde/doença para perguntar qual é o papel ou determinação da saúde nas condições de vida e mobilidade social.

A complexidade em conceituar equidade é muito grande, pois o termo em si abrange muitos entendimentos, e no que tange a saúde, pode-se afirmar que está relacionado à garantia e direito à saúde.

II. OBJETIVOS

II.1. Objetivos Gerais

Estudar a interpretação do conceito de equidade mais adequada ao campo de atuação em saúde municipal.

II.2. Objetivos Específicos

1. Estudar o conceito de equidade em gestão em saúde;
2. Analisar a complexidade do ambiente em que se processam as tarefas públicas;
3. Compreender os funcionamentos e capacidades necessários à gestão do SUS para redução de desigualdades em saúde.

III. REVISÃO DA LITERATURA

III.1. Sistema Único de Saúde- SUS

Neste capítulo será abordada a origem do Sistema único de Saúde (SUS) suas vertentes, objetivos e funções sociais no tocante a saúde.

Neto et al (2010) ensinam:

Concebida pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) é o resultado de um processo de articulação do Movimento pela Reforma Sanitária e de diversas pessoas comprometidas com o reconhecimento dos direitos sociais de cada cidadão brasileiro, ao determinar um caráter universal às ações e aos serviços de saúde no País.

Mudanças na legislação brasileira foram necessárias devido ao processo de consolidação do SUS, na busca por melhor implementação do sistema, visando acompanhar as transformações econômicas e sociais do Brasil (NETO et al 2010).

O resgate dessa história é parte do compromisso do Conselho Nacional de Saúde com o reconhecimento e implementação do controle social em Saúde no Brasil. Para uma melhor implementação do SUS, que permitisse aos conselheiros de saúde de todo o país ter acesso à legislação federal que regulamenta o setor saúde, o Conselho Nacional de Saúde disponibilizou Leis, Normas e dispositivos constitucionais que definem os princípios e diretrizes do sistema de saúde brasileira.

O direito à saúde, afirmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, está claro na Constituição Federal de 1988 que define a Saúde como direito de todos e dever do Estado, indicando os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde – SUS.

Saúde é qualidade de vida e, portanto, deve estar vinculada aos direitos humanos, ao direito ao trabalho, à moradia, educação, alimentação e lazer. O direito à saúde, especialmente quando examinado sob a ótica da qualidade de vida, exige também que a superação das desigualdades envolva o acesso democrático a alimentos, medicamentos e serviços que sejam

seguros e que tenham sua qualidade controlada pelo Poder Público. Qualidade de vida implica o reconhecimento do ser humano como ser integral. O conceito de cidadania que a Constituição assegura deve ser traduzido nas condições de vida da população. Ressalta-se que a promoção à saúde é fundamental e faz parte do elenco de políticas sociais necessárias para a construção de uma sociedade justa e democrática, sendo esta a missão central do SUS.

Nesse sentido, a efetivação do direito à saúde depende do provimento de políticas sociais e econômicas que assegurem desenvolvimento econômico sustentável e distribuição de renda; cabendo, especificamente ao SUS a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de forma equitativa.

Em 19 de setembro de 1990, foi aprovada a Lei Federal nº 8.080, a chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS), elaborada pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da Saúde. No entanto, a legitimidade do processo constituinte e do movimento pela reforma sanitária constitui-se na melhor garantia da operacionalização dos ideais dos SUS, ou seja, de seus princípios e diretrizes.

Nesse contexto, o controle social, foi assegurado pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, mantendo a perspectiva de participação social na gestão do SUS e consequentemente, conquista dos cidadãos, que passaram a ocupar espaços estratégicos a partir de dentro dos aparelhos do Estado.

O processo de democratização do país foi um dos pilares para que houvesse a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Destacaram-se nesse processo atores que anteriormente tinham menos peso no cenário nacional, como políticos das esferas subnacionais de governo e o “Partido Sanitário”, cuja atuação era legitimada pela forte tradição sanitarista nacional (GERSCHAMAN E SANTOS, 2006).

Cordeiro (1991) afirma que nos anos 80, os sanitaristas passaram a ter posições essenciais dentro da estrutura organizacional no Ministério da Saúde, Previdência e Assistência Social.

Segundo o artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universitário e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Campos (2007) explica:

O Sistema Único de Saúde é uma nova formulação política e organizacional para o redirecionamento dos serviços e ações da saúde. É assim definido por seguir a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas do governo: federal, estadual e municipal. Não se trata de um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidade, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O SUS ganhou muita notoriedade como programa do governo federal, a sua importância como sistema de saúde é parte da história recente do país, devido a sua grandiosidade para a população que mais necessita do poder público.

A importância do SUS como sistema de saúde e processo de reestruturação política no Brasil é muito forte e conta como parte da nossa história recente.

A instituição do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988, representa um marco histórico das políticas de saúde em nosso país, pois na nova constituição, a atenção à saúde passa a ser assegurada legalmente como direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado à obrigação de provê-la a todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros que vivem no Brasil. E desde a sua instituição, quatro pontos sobre a gestão têm sido apontados como fundamentais: a descentralização, o financiamento, o controle social e a gestão do trabalho (NETO et al, 2010, p.34).

Almeida (2002) ensina que SUS diferente das reformas setoriais tão presentes nas décadas de 1980 e 1990, veio na contramão. A proposta de atenção universal baseada na concepção da saúde como direito da cidadania e dever de Estado vai de encontro à dinâmica das reformas mundiais.

Neto et al (2010) explicam :

A saúde preconizada na Constituição está inspirada no debate da Reforma Sanitária Brasileira iniciado na década de 70, com grande expressão no resultado do intenso e participativo debate ocorrido na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Durante a década de 90 assiste-se à árdua luta pela implantação do SUS, ainda que se esteja distante de completar esta tarefa, muito se avançou.

Gerschaman e Santos (2006) afirmam:

O princípio da descentralização sustenta-se em um desenho institucional que busca garantir a institucionalização de governos subnacionais e da população, via conselhos de saúde, como convém a sistemas universalistas e aos princípios de descentralização e controle social do SUS.

Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários (Campos, 2007):

- **Universalidade:** é a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito ao acesso a todos os serviços de saúde, inclusive àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de todos e dever do governo, seja ele municipal, estadual ou federal.

- **Equidade:** é assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer.

- **Integralidade:** é o reconhecimento na prática dos serviços que:

- ✓ Cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
- ✓ As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;

- ✓ As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral;
- ✓ O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

Menicucci (2014, p. 81-82) ensina sobre o direito à saúde garantida pela Constituição:

(1) A saúde é vista como parte da seguridade, ou seja, trabalha-se com a ideia de atenção do berço até a morte, e uma lógica universalista e equitativa da seguridade social.

(2) Adota-se um conceito de saúde como articulação de políticas sociais e econômicas que não se restringe à assistência médica. Abro aqui um parêntese: uma ocasião, refletindo sobre saúde no governo Lula, cheguei à conclusão de que na saúde mesmo tinham ocorrido ações incrementais, embora algumas novidades, inovações. O mais importante do governo Lula, do meu ponto de vista, foi a mudança na qualidade de vida. Políticas visando diminuir a desigualdade, políticas de saneamento, habitação, alimentação, segurança alimentar, uma série de ações que de fato melhoram as condições de saúde. Entendo que o governo foi eficaz em melhorar as condições de saúde no sentido que está na Constituição, que é a articulação de políticas sociais e econômicas que diminuam o risco de adoecer, o que não se restringe à assistência médica.

(3) a Constituição define saúde como direito social e universal;

(4) as ações em serviço de saúde são caracterizadas como de relevância pública, cabendo ao poder público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle que permite priorizar a saúde – o controle é algo em que precisamos avançar: o que significa isso? Que tipo de regulação é essa?;

(5) ocorre a criação do SUS, organizado segundo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da sociedade. Isso não é pouco. É preciso defender esse gigante que é o SUS num país do tamanho do Brasil, em que de fato se efetivou uma descentralização. Antes havia o Instituto Nacional de Assistência

Médica da Previdência Social, o Inamps, órgão federal completamente centralizado, e o SUS vai para os cinco mil e tantos municípios brasileiros, concretizando a ideia do atendimento integral em todos os níveis de complexidade da atenção; e da participação da sociedade, que reflete todo o contexto de democratização, da ação de movimentos sociais para ampliação da democracia.

(6) Simultaneamente, porém, a constituição define que a iniciativa privada é livre no setor, com garantias que contrariam o espírito da oitava Conferência, o caráter complementar do setor privado prestador de serviço. Com isso, priorizou-se a rede pública e privada sem fins lucrativos.

(7) Vedou-se a destinação de recursos públicos para auxílios e subvenções em instituições privadas com fins lucrativos, mas não se tratou da questão dos subsídios indiretos ao sistema de saúde privado. Isso ficou no campo da não decisão, em que permanece até hoje.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido analisada como a maior política de inclusão social no País inserida sob o novo regime democrático.

III.2 Equidade em saúde

A equidade é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto seu conceito é polissêmico e assume diversas interpretações (GRANJA et al, 2010).

A equidade em saúde tem sido estudada principalmente a partir de uma perspectiva epidemiológica e pouca atenção tem sido dada às questões conceituais. Em grande parte dos estudos revisados, a equidade tem sido utilizada como sinônimo de igualdade, e seu oposto, a iniquidade, como sinônimo de desigualdade. As tentativas de melhor precisar seus significados têm sido, em boa parte, descritivas, com lacunas no que diz respeito à discussão das relações entre equidade em saúde, justiça e o processo de determinação social da saúde-doença.

Segundo Almeida (2002), o conceito de equidade remete à questão da justiça distributiva, dos direitos e deveres do homem/cidadão e do Estado. Enquanto o princípio

antigo de justiça, defendido por Aristóteles, estava relacionado à distribuição de recursos de acordo com o mérito de cada indivíduo, o princípio moderno supõe que todos mereçam uma distribuição de recursos básicos, já que a cidadania é condição decorrente da igualdade das pessoas.

Malta (2001) define equidade de tal forma que vai de encontro com a construção do SUS pela ótica da equidade:

A equidade é entendida como a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas [...]. Subjacente a este conceito está o entendimento de que as desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas ‘naturalmente’, mas sim criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização da sociedade (MALTA, 2001, p. 135-136)

Abordar a equidade nesse novo contexto da gestão da política de saúde e do Sistema Único de Saúde não é tarefa fácil porque exige um esforço de reflexão que reconheça o “clima e o terreno” do novo ambiente de gestão descentralizada em que se processam as tarefas públicas. Este esforço requer uma revisão conceitual que não somente aperfeiçoe o já avançado mapeamento das desigualdades no país, como, simultaneamente, auxilie na identificação das tarefas de gestão necessárias para reduzi-las (LUCCHESI, 2003).

Whitehead (1992) escreveu sobre equidade enfatizando sua dependência do desenvolvimento potencial das pessoas e da sociedade, objetivando eliminar desvantagens e diferenças negativas, criando-se assim justa oportunidade de acesso aos serviços. O que diferenciaria essa visão da concepção liberal tradicional de igualdade baseada nas mesmas condições de oportunidades.

No Brasil, por exemplo, a equidade é um dos princípios doutrinários do SUS, e está atrelado aos conceitos de igualdade e justiça. Os exemplos práticos de equidade acontece nos hospitais que trabalham com a classificação de risco, onde a prioridade no atendimento vai de acordo com os critérios de chegada, urgência e gravidade.

Talvez, ao se tomar como função das políticas de proteção social a eliminação dessas desvantagens, estar-se-ia aproximando essa visão de equidade daquela primeira, que pensa a igualdade assegurada pela justa organização da sociedade, inclusive, mediante políticas de

defesa ativa dos vulneráveis. Apesar de vários países capitalistas, o Brasil entre eles, haverem adotado políticas sociais compensatórias ou de redistribuição de renda, não se poderia equivaler essa concepção àquela do liberalismo puro (CAMPOS, 2006, p.27).

Às dimensões mais pesquisadas da equidade em saúde (condições de saúde e consumo de serviços de saúde) sugere-se acrescentar outras duas dimensões (política e institucional) (ALMEIDA, 2002) para tentar responder a pergunta: “equidade de quê?” e discutir prioridades. Retoma-se a determinação social do processo saúde/doença para perguntar qual é o papel ou determinação da saúde nas condições de vida e mobilidade social.

Zoboli et al (2010, p.181) afirma:

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 Sistema.

Apresenta-se um panorama dos conceitos de igualdade e equidade na proposta da Reforma Sanitária e em sua institucionalização (SUS) para discutir, o que é prioritário, que é o direcionamento das políticas (programas, ações e serviços) de saúde para a redução das desigualdades sociais e a melhoria da qualidade de vida dos pobres. Para concluir são sistematizados alguns dilemas postos pela incorporação da equidade como princípio norteador das políticas de saúde no Brasil contemporâneo.

IV. MATERIAIS E MÉTODOS

IV.1. Métodos

A metodologia utilizada foi a do estudo de caso, tendo como campo de observação o sistema de saúde de Adamantina-SP. Por meio de conversa informal com a Secretária de Saúde do município, Patrícia Queiroz e encarregados da implementação da Estratégia Saúde da Família-ESF e usuários, sendo possível avaliar com o qual de conhecimento e entendimento do termo “equidade” dentro da saúde.

Foram utilizados os seguintes descritores: atenção básica; gestão em saúde, administração; gestores; modelo assistencial. Os critérios para inclusão foram livros e artigos com estudos recentes, que apresentam informações sobre equidade.

O estudo baseou-se em pesquisa exploratória e qualitativa. A unidade de análise foi a Secretaria de Saúde de Adamantina-SP. O município estudado vem estruturando seu sistema de saúde desde 1990, por meio da Secretaria Municipal de Saúde. Adota a Estratégia Saúde da Família (ESF) como elemento organizador das ações de saúde, provendo 100% de cobertura populacional no período do estudo. Com população de aproximadamente 35 mil habitantes, o município possui uma rede de saúde considerada bem estruturada e potencialmente resolutiva, conforme mostrado no diagnóstico da rede assistencial que compõe o Plano Municipal de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde foi instalado em 1996, conforme Lei Municipal 886/96. É composto paritariamente por 20 conselheiros titulares e respectivos suplentes, dez usuários, cinco trabalhadores e cinco gestores/prestadores de serviços do sistema de saúde do município.

Pesquisa bibliográfica e documental também foram utilizadas como fontes de dados nas análises dos resultados. A amostra foi composta por dois grupos. O primeiro era formado pelos usuários que frequentam os postos de saúde. O segundo grupo contemplou a secretária da saúde e os atendentes dos postos e prestadores de serviço do SUS municipal, responsáveis pela formulação, acompanhamento e fiscalização da política de saúde. O grupo de usuários é particularmente interessado no acesso e na qualidade da assistência em saúde oferecidos pelo SUS e os conselheiros de saúde são caracterizados como partes intervenientes do sistema.

O grupo dos usuários foi representado por 10 entrevistados. As entrevistas informais foram feitas entre outubro e novembro de 2015.

O grupo de secretários, funcionários e prestadores de serviços (n = 20). Os temas abordados nas entrevistas foram a equidade na atenção à saúde e como o entrevistado a via nos serviços que usava, geria ou trabalhava. Todos os depoimentos foram gravados em meio digital e transcritos, para que se pudesse ter a exata noção dos direitos e deveres de todos em relação ao atendimento e prioridades partindo do princípio da equidade.

Os dados coletados foram analisados levando em conta os problemas, para que estudar possíveis soluções.

A pesquisa justifica-se por um esforço de promover um debate a respeito do tema, pois se percebe que falta conhecimento para entender o significado de equidade na prática, principalmente no tocante a área da saúde.

Os resultados acumulados possibilitaram a identificação da necessidade de ampliar a revisão de literatura para abranger uma discussão teórica, na perspectiva da Política Pública de Saúde, ou seja, da equidade no SUS.

V. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados dão margem para interpretações a respeito do entendimento do que é à igualdade. Há diferenciação no atendimento das necessidades, entendendo como um dever moral, ao privilegiar o mais necessitado.

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

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

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

A responsabilidade ética exige a realização dos valores que possibilitem uma vida humana e crê-se que, neste sentido, os que aqui foram identificados como componentes da equidade, podem consistir em critérios prudentes a serem ponderados pelos gestores do SUS no planejamento, na operacionalização e na avaliação das ações em saúde, quando buscam realizar a equidade.

VI. CONCLUSÕES

A construção da equidade como princípio do Sistema Único de Saúde, com base nos resultados, identificando e delimitando valores que podem ser utilizados como pilares para a construção da equidade no sistema de saúde. Os valores estão voltados à justiça social, que objetiva priorizar atendimento e atenção para os mais vulneráveis e dos que mais necessitam de assistência à saúde.

Pode-se concluir que a igualdade representa o desenvolvimento de ser saudável, de viver com dignidade e do fortalecimento da população por meio da autonomia e participação nas decisões, tornando-se uma possibilidade real para todos.

Significa distribuição igualitária e universal dos recursos disponíveis em saúde, o acesso à saúde para todos, relacionando a consolidação do SUS e o direito à saúde. Sem que haja discriminação e nem priorização daqueles que mais necessitam. A equidade vem para sanar e garantir a diminuição das diferenças evitáveis e injustas, através de uma assistência à saúde compatível com a dignidade humana.

A pesquisa realizada possibilita afirmar-se que construir uma teoria fundamentada nos dados para a equidade no SUS requer que se reconheça e compreenda que não existe um entendimento único para equidade nem na literatura, nem entre os entrevistados.

É preciso muito trabalho para que as mudanças apareçam, o SUS é um programa interessante e quem vem para diminuir as diferenças, mas a preparação dos atores sociais precisa ser melhorada, pois a falta de informação acerca do que é equidade, deixou a desejar, pela falta de conhecimento do real significado da palavra. Na prática pode-se entender que os critérios (clínicos e epidemiológicos) utilizados são os que permeiam a forma de atendimento, para que haja equidade na assistência da saúde.

Há um direcionamento da secretaria de saúde do município que aponta os critérios como ferramentas igualitárias, para evitar injustiças no atendimento e acesso a saúde. Tem funcionado o atendimento, mas a falta de informação sobre equidade foi muito nítida, na hora das conversas informais.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Marcos conceituais da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil. Disponível em: [<http://www.abrasco.org.br/GTs/GT%20Promocao/Reuniao%20Pro%20GT%20PS%20DLIS%20Sao%20Paulo/Anexo%202%20-politica%20Nacional%20de%20Promocao%20da%20Saude.pdf>], acesso em [15 de fevereiro de 2016].

ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. C. Saúde Pub. 2002.

ALMOND, P. An analysis of the concept of equity and its application to health visiting. J. of Adv. Nursing, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006_anexo1.pdf], acesso em [12/02/ 2016].

BRAVEMAN P, GRUSKIN S. Defining equity in health. J. Epidemiol. Community Health, 2003.

COHN, A, ELIAS PEM. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. C. Saúde Públ., 2002

DANIELS, N. Just Health: meeting health needs fairly. New York: Cambridge University Press; 2008.

LUCCHESI, PTR. "Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde." Ciência & Saúde Coletiva, 2003, v.8, n.2, pp.439-448.

LUIZ, O. C. Direito e equidade: princípios éticos para a saúde. Arq. Méd. ABC. 2005.

NEVES MCP. Alocação de recursos em saúde: considerações éticas. Bioética, 1999, v.7, n.2, pp.155-163. Disponível em [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/307/446], acesso em: [05/03/2016].

RAWLS J. Uma teoria da justiça. São Paulo: Martins Fontes; 1997.

RUGER JP. Ethics and governance of global health inequalities. J. Epidemiol. Community Health, 2006.

SANTOS WG. A trágica condição da política social. In: Abranches SH, Santos WG, Coimbra MA, organizadores. Política social e combate à pobreza. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.

SEN, A. Desigualdade reexaminada. Rio de Janeiro: Record; 2001.

SENNÁ MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. C. Saúde Públ. 2002;18(suplemento):203-11.

WHITEHEAD M. The concept and principles of equity and health. Washington DC: Pan American Health Organization; 1991.

VIEIRA-DA-SILVA LM, Paim JS, Costa MCN. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais em uma Capital da Região Nordeste. Rev Saúde Pública. 1999