

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

CLARA AKIE YOSHINO

CONCEITO E PRÁTICA DE EQUIDADE EM SAÚDE:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

SÃO PAULO

2018

CLARA AKIE YOSHINO

**CONCEITO E PRÁTICA DE EQUIDADE EM SAÚDE:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas como requisito para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública e Governo.

Campo de Conhecimento: Governo e Sociedade Civil em Contexto Subnacional

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Maria Malik

SÃO PAULO

2018

Yoshino, Clara Akie.

Conceito e prática de equidade em saúde : uma revisão sistemática / Clara Akie Yoshino.
- 2018.
264 f.

Orientador: Ana Maria Malik

Dissertação (CMAPG) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Saúde pública. 2. Política de saúde. 3. Políticas públicas – Aspectos sociais. 4. Serviços de saúde. I. Malik, Ana Maria. II. Dissertação (CMAPG) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 614.2

Ficha catalográfica elaborada por: Raphael Figueiredo Xavier CRB SP-009987/O
Biblioteca Karl A. Boedecker da Fundação Getulio Vargas - SP

CLARA AKIE YOSHINO

**CONCEITO E PRÁTICA DE EQUIDADE EM SAÚDE:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas como requisito para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública e Governo.

Campo de Conhecimento: Governo e Sociedade Civil em Contexto Subnacional

Data de aprovação:

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra. Ana Maria Malik (Orientadora)

FGV – EAESP

Prof. Dr. Mário Aquino Alves

FGV – EAESP

Prof^ª. Dra. Marta Teresa da Silva Arretche

USP – FFLCH

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente à minha orientadora Ana Maria Malik. Sem seu apoio, compreensão e incentivo durante esse processo, essa dissertação não seria possível. Obrigada, professora.

Ao pessoal da FGV, professores, funcionários e amigos. Aos professores Mário Aquino e Mônica Pinhanez pelas contribuições na banca de qualificação. E à professora Marta Arretche da USP. Aos funcionários Pâmela, Lidiane e Paulo, pela paciência e ajuda nesses anos. Aos amigos que fiz na FGV, em especial às meninas Purple Rain: Mariel, Morgana, Luana, e, principalmente, à querida Ivy, companheira de vida acadêmica e das alegrias e angústias que ela traz. Depois de duas graduações e um mestrado juntas, talvez o futuro ainda nos reserva um doutorado.

À minha chefe Rosália, pela compreensão na difícil combinação de trabalho e mestrado.

Àquele pessoal da época da faculdade, Ricardo, Tabata, Bruno, Fabinho, Jeremias, Otávio, Dani, Rubem e Guilherme. E, principalmente, aos meus queridos Vanessa, Zaca, e, em especial, Luis, que são meus companheiros para a vida.

Aos meus amigos que sempre me apoiaram e estiveram por perto nos momentos mais difíceis: Leon, Stefanie, Priscila e Eric. Ao querido Pander pelas conversas e *brainstormings*. À querida Signe, que apesar de distante, está sempre por perto. Ao Italo, pela amizade de longa data.

Às minhas queridas irmãs Júlia e Denise e aos meus cunhados Sendi e João, pelas conversas, pela companhia e pela força. Obrigada Loli e Johnny! Um agradecimento especial à Júlia e ao Hirochan, sem os quais eu nunca teria chegado até o fim. Obrigada pela enorme ajuda com a dissertação e por tudo durante esse processo.

Por fim, gostaria de agradecer aos meus pais, Hélio e Rosângela, pelo amor e apoio que sempre me deram, por acreditarem em mim e não me deixarem desistir, e por sempre defenderem que educação e conhecimento são os maiores valores que pais podem passar a seus filhos.

Esta dissertação é a minha tentativa de traduzir uma inquietação quanto às desigualdades que solapam a vida em sociedade. Dedico-a àqueles que lutam das mais diversas formas contra as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde, prezam pela solidariedade e acreditam que todo e qualquer indivíduo tem direito a uma vida digna e deve usufruir de uma vida de qualidade.

RESUMO

O entendimento de saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não pela ausência de doença, levou ao reconhecimento de determinantes sociais nos resultados de saúde. Consequentemente, posições de desvantagem na estrutura social têm reflexos na saúde por meio da formação de iniquidades de saúde. A interdependência dos determinantes da saúde coloca um desafio no combate às iniquidades em razão da dificuldade de identificação de suas causas. Em razão disso, o conceito de equidade em saúde é definido de diversas formas e suas diferentes interpretações implicam em práticas distintas de tratar as iniquidades.

Assim, por meio de uma revisão sistemática da literatura, o objetivo da dissertação é definir o conceito de equidade em saúde e analisar como ela é traduzida em políticas públicas. Para tal, busca-se identificar os diferentes entendimentos e os aspectos teóricos do tema, bem como o seu percurso na literatura publicada. Além disso, propõe-se um quadro conceitual sobre a equidade em saúde com base nos resultados da revisão sistemática.

A principal contribuição da pesquisa foi o desenvolvimento de um diagrama dos determinantes sociais da saúde e de um quadro conceitual da equidade em saúde, os quais se inter-relacionam e sintetizam os achados da revisão sistemática. O diagrama contribui para o entendimento da composição dos determinantes da saúde, que consistem de elementos nos níveis individual, intermediário e distais estruturantes. O quadro conceitual fornece uma elucidação dos caminhos pelos quais as diversas combinações de determinantes da saúde transformam as diferenças de saúde em iniquidades. Além disso, possibilita a identificação de como políticas públicas podem atuar sobre esses determinantes da saúde e promover a equidade. Conclui-se que a equidade em saúde é um conceito multidimensional e multidisciplinar. Por meio do quadro conceitual, identificou-se que se deve inserir a equidade nos grupos em desvantagem e nas estruturas que a geram, percorrendo o caminho inverso que forma a iniquidade. Isso possibilita romper as relações de causalidade entre os determinantes e a iniquidade e promover a equidade em saúde.

Palavras-chave: equidade em saúde; iniquidade de saúde; determinantes sociais de saúde; política pública de equidade em saúde; definição de conceito.

ABSTRACT

Health understood as a state of physical, mental and social well-being and no longer as the absence of diseases entailed the recognition of social determinants on the health status. As a consequence, positions of disadvantage inside the social structure have impacts on health through the shaping of health inequities. The interdependence of health social determinants places a challenge in reducing these inequities due to the difficult identification of its causes. Thus, the concept of health inequity is defined in several ways and different interpretations imply in different practices to tackle inequities.

Therefore, through a systematic review of the literature the objective of this dissertation is to define the concept of health equity and to analyze how it is translated into public policies. To this end, it aims to identify the different understandings and theoretical aspects of the theme, as well as its path in the literature. Furthermore, it proposes a taxonomy for its concept based on the results of the systematic review.

The main contribution of this dissertation is the development of a diagram on the health social determinants and a conceptual framework of health equity, which are correlated and synthesize the findings of the systematic review. The diagram contributes to the understanding of the composition of the social health determinants, which consist of elements in the individual, intermediary and structural distal levels. The conceptual framework offers the elucidation of paths that the several combinations of health determinants take to transform health differences into inequities. In addition, it allows the identification of how public policies can act on these health determinants and promote equity. The conclusion shows that health equity is a multidimensional and multidisciplinary concept. Through the framework, it was possible to identify that equity must be inserted in groups of disadvantage and in the structures that create them, following the reverse path that shapes inequities. This allows to break the causal links between the determinant and the inequity and promote health equity.

Keywords: Health equity; health inequity; health social determinants; public policy on health equity; definition of concept.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Três dimensões da cobertura universal	37
Figura 2 – Quadro conceitual dos fatores modificáveis que influenciam a saúde	148
Figura 3 – Os principais determinantes sociais da saúde	154
Figura 4 – Quadro operacional da definição de equidade em saúde	199
Figura 5 – Quadro conceitual dos determinantes de saúde	203
Figura 6 – Quadro conceitual dos determinantes de saúde – Modelo populacional	204
Figura 7 – Os determinantes da saúde	228
Figura 8 – Quadro conceitual de equidade em saúde	232

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Relação entre tipos de definição (explícita ou implícita) e domínios temáticos	65
--	----

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1 – Etapas e resultados da estratégia de busca.....	49
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados de busca na base de dados Web of Science.....	46
Tabela 2 – Resultados de busca na base de dados ProQuest	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Etapas da Revisão Sistemática da Literatura	44
Quadro 2 – Estudos selecionados na Revisão Sistemática da Literatura	56
Quadro 3 – Relação de estudos de definição explícita	60
Quadro 4 – Relação de estudos de definição implícita.....	61
Quadro 5 – Relação de estudos conforme domínio temático	64
Quadro 6 – Domínio temático: O conceito epistemológico de equidade em saúde	86
Quadro 7 – Domínio temático: Equidade em saúde como justiça social	95
Quadro 8 – Domínio temático: Acesso como elemento constituinte da equidade em saúde	113
Quadro 9 – Domínio temático: Equidade sob o ponto de vista do direito à saúde e da democracia	123
Quadro 10 – Domínio temático: Equidade vista pelos determinantes sociais.....	141
Quadro 11 – Domínio temático: Equidade na estrutura de poder	160
Quadro 12 – Domínio temático: Políticas, programas, ações e práticas de equidade em saúde .	176
Quadro 13 – Domínio temático: A equidade em saúde na agenda de pesquisa e na produção científica.....	197

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Abordagem das Capacitações

APS – Atenção Primária à Saúde

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention* (Centros para Controle e Prevenção de Doença)

CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

DCNT – Doença crônica não transmissível

DST – Doença sexualmente transmitida

DUDH – Declaração Universal dos Direitos do Homem

ESF – Estratégia Saúde da Família

FCGH – *Framework Convention on Global Health*

FMI – Fundo Monetário Internacional

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IJEqH – *International Journal of Equity in Health*

ISEqH – *International Society of Equity in Health*

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

LIBRAS – Língua brasileira de sinais

MS – Ministério da Saúde

NHS – *National Health Service*

NOB – Norma Operacional Básica

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PF – Perspectiva dos Funcionamentos

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

QUALYs – *Quality-adjusted life-years* (anos de vida ajustados à qualidade)

RH – Recursos Humanos

SUS – Sistema Único de Saúde

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1. Pergunta de Pesquisa	20
1.2. Objetivo Geral	20
1.3. Objetivos Específicos	20
1.4. Estrutura da Dissertação	20
2. REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1. O fenômeno do <i>Welfare State</i>	23
2.2. O <i>Welfare State</i> Brasileiro	29
2.3. O direito à saúde	32
2.4. A cobertura universal da saúde e o SUS	36
3. METODOLOGIA	43
3.1. Tipo de estudo e técnicas de pesquisa	43
3.2. Revisão Sistemática da Literatura	44
3.2.1. Formulação da Pergunta	45
3.2.2. Localização e seleção dos estudos	46
3.2.3. Avaliação crítica dos estudos	47
3.2.4. Coleta de dados	50
3.2.5. Análise e apresentação dos dados	56
3.2.6. Interpretação dos dados	65
3.2.7. Limitações da Revisão Sistemática da Literatura	66
4. O CONCEITO DE EQUIDADE EM SAÚDE	68
4.1. Panorama descritivo conceitual da equidade em outros campos do conhecimento	69
4.1.1. A dimensão de justiça, igualdade e ética na equidade	69
4.1.2. A dimensão de desigualdade e vulnerabilidade na equidade	73
4.2. Revisão Sistemática: o conceito de equidade em saúde segundo a bibliografia	78
4.2.1. O debate sobre equidade em saúde e o conceito de Margareth Whitehead	79
4.2.2 Definições na literatura publicada levantada na revisão sistemática	83
4.2.2.1. O conceito epistemológico de equidade em saúde	84

4.2.2.2. Equidade como Justiça Social	93
4.2.2.3. Acesso como elemento constituinte da equidade	112
4.2.2.5. Equidade sob o ponto de vista do direito à saúde e da democracia.....	120
4.2.2.6. Equidade vista pelos determinantes sociais.....	139
4.2.2.7. Equidade na estrutura de poder	159
4.2.2.7. Políticas, programas, ações e práticas de equidade em saúde	173
4.2.2.7. A equidade em saúde na agenda de pesquisa e na produção científica.....	194
5. DISCUSSÃO	216
5.1. Interpretação dos dados da Revisão Sistemática da Literatura	216
5.2. Quadro conceitual da equidade em saúde	231
5.3. Reflexões sobre os resultados da revisão sistemática	238
5.3.1. Análise temporal e espacial	238
5.3.2. Problemas, limites e oportunidades	241
6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	244
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	248

CONCEITO E PRÁTICA DE EQUIDADE EM SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

1. INTRODUÇÃO

O fenômeno do *Welfare State* nos países capitalistas modernos no século XX configurou novas relações entre o Estado, a sociedade e o mercado, diante do reconhecimento da necessidade de garantir condições mínimas de vida. A proteção social e os direitos à saúde, educação, moradia e aposentadoria passam a constituir obrigações do Estado, e os indivíduos passam a gozar de direitos sociais antes inexistentes. A consolidação do direito à saúde no texto constitucional coloca para o Estado o dever de garantir serviços de atenção à saúde ou meios para se obter uma vida saudável. Paralelamente ao fenômeno do *Welfare State* e à consolidação da saúde como um direito fundamental, há uma mudança de paradigma no entendimento da saúde, que passa do *continuum* saúde-doença para a saúde como bem-estar. “O direito à saúde não é para ser entendido como o direito de ser saudável” (ONU, 2000) no sentido de estar livre de doença, ou seja, não deve cobrir apenas cuidados com saúde, mas também outros fatores que determinam a saúde, como saneamento, moradia, segurança alimentar, informação e educação. Assim, além do bem-estar físico e mental, incorpora-se à noção de saúde o bem-estar social (OMS, 1946).

O reconhecimento da existência de determinantes na saúde, que vão além das características biológicas e naturais dos indivíduos, leva ao entendimento de que a saúde tem reflexos de questões econômicas, culturais, sociais, geográficas, demográficas e de outras esferas da vida, implicando que “ninguém pode ser individualmente responsável pela saúde” (DALLARI, 2009, p. 12). Consequentemente, os reflexos das desigualdades sociais configuram desigualdades em saúde. Essa relação, já discutida no tocante às classes sociais (STARFIELD, 2001), torna-se uma preocupação no debate internacional. No fim da década de 70, essa preocupação é abordada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) por meio da estratégia global “*Health for All*”, de promoção de ações de saúde para todos com base em necessidades (VIANA et.al, 2003). Nas avaliações subsequentes da estratégia “*Health for All*”, o impacto dos problemas e políticas socioeconômicas na saúde ganha mais destaque e o tema da equidade em torna-se central neste debate.

Em 1985 é lançada a primeira série da estratégia “*European Health for All*”, que estabelece como objetivo primeiro a equidade em saúde, por meio da redução das diferenças, diante da proposição: “Até o ano 2000, a real diferença entre os status de saúde entre países e entre grupos de um mesmo país deve ser reduzida em, pelo menos, 25%, por meio da melhoria do nível de nações e grupos em desvantagem” (OMS, 1985, p.24). O tema da equidade torna-se o princípio pelo qual se deve atingir a redução de diferenças em saúde. No documento, declara-se que “esse objetivo pode ser alcançado se pré-requisitos básicos de saúde forem fornecidos para todos; se os riscos relacionados a estilo de vida forem reduzidos; se seus aspectos nas condições de vida e trabalho forem melhoradas; e se o cuidado de atenção primária for acessível para todos” (*Ibid*, 1985, p.24). No entanto, tal sugestão, além de vaga, não propõe uma forma de operacionalizar a equidade. Nesse contexto, como parte do Programa em Políticas e Planejamento de Saúde do Escritório Regional da OMS para a Europa, Margaret Whitehead (1992) propõe uma definição de equidade em saúde, relacionando-a a status social, fatores socioeconômicos, justiça social, entrega de serviços de saúde e acessibilidade eles.

A definição proposta por Whitehead tornou-se referência no debate sobre o tema, visto que este foi o primeiro e ainda é o principal documento da OMS de discussão sobre o tema (ALBRECHT *et al.*, 2017). A incorporação de elementos de ordem moral e ética à equidade em saúde apontou para a sua importância como um princípio de justiça social. As evidências de que indivíduos e grupos populacionais em desvantagem social, dentro de uma estrutura social, têm sua saúde afetada negativamente pelos determinantes sociais, colocando-os em maior desvantagem ainda, é vista como uma forma de injustiça. Além disso, reconhece-se que as desigualdades, num sentido mais amplo de injustiça social, são as reais causas para os problemas da sociedade (violência, encarceramento, baixo rendimento escolar, baixa mobilidade social, dependência química, doenças mentais, obesidade, gravidez na adolescência, etc.) (WILKINSON; PICKETT, 2010), e que, com base em um conjunto de medidas, mais de uma em três mortes globalmente podem ser relacionadas às iniquidades (GARAY, 2015). Assim, tratar as desigualdades sociais gera reflexos nas desigualdades em saúde. O inverso também se aplica, visto que ações voltadas à sua redução tem, em geral, um efeito *spillover*, produzindo externalidades positivas, além de serem custo-efetivas (WOODWARD; KAWACHI, 2000).

Discutir a equidade em saúde diante dessas constatações faz-se de extrema relevância em países com elevada desigualdade econômica e social que coloca grupos marginalizados em

desvantagem na estrutura social, como ocorre no Brasil. Além das desigualdades socioeconômicas, a multiplicidade cultural, étnica, regional e demográfica bem como as dimensões territoriais do país também se apresenta como desafios na redução das desigualdades em saúde. Soma-se a isso a complexidade do próprio setor no país, caracterizado por um sistema de modelo *beveridgiano*, que requer a articulação entre as esferas de governo em um sistema político federativo, entre o público e o privado em um sistema de dupla-entrada e entre os níveis de complexidade na rede de atenção à saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 no Brasil, é responsável pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas dos três níveis de poder e se baseia nos princípios da universalidade, integralidade e igualdade (BRASIL, 1988). A consolidação do direito à saúde e a institucionalização de um sistema de modelo *beveridgiano* de promoção da coesão social, no entanto, não garantem a sua efetividade, visto que esta depende da provisão de serviços pelo poder público. Isso requer uma capacidade do poder público em termos de organização macro e microeconômica, gestão e operação do sistema, financiamento e regulação do sistema (MENDES, 2013).

No entanto, o SUS tem enfrentado dificuldades em garantir uma cobertura universal para a população brasileira, organizar o sistema nos níveis macro e micro, assegurar seu financiamento e garantir a provisão dos serviços de forma eficiente e com qualidade a todos que desejam e necessitam acessá-lo, independente de condicionalidades (*Ibid.*, 2013). Relaciona-se a isso, o baixo gasto público relativo a gastos totais na saúde e comparativamente a outros países de cobertura universal (*Ibid.*, 2013). Assim, investimentos oriundos majoritariamente do setor privado colocam-se como uma barreira no acesso à saúde pela população de baixa renda, levando à mercadorização da saúde, a qual, ao invés de ser vista como um direito, gera uma dependência do mercado para sua efetivação (ESPING-ANDERSEN, 1991). Esses são também alguns dos motivos que levam à percepção equivocada do SUS como o sistema para a população de baixa renda, visto que a parcela da população com capacidade de pagamento recorre ao sistema suplementar. Torna-se primordial, portanto, falar em equidade como medida de equalização social e promoção da saúde da população.

O entendimento da equidade e sua operacionalização prática, no entanto, ainda não são objetos de consenso. A garantia concomitante do universalismo e da igualdade e a busca pela equidade requerem uma atenção à saúde igual e para todos, mas considerando as diferenças e

desigualdades sociais, econômicas, culturais, simbólicas e regionais. Em outras palavras, a atenção à saúde não é para todos se aqueles desfavorecidos ou em situações de vulnerabilidade e desvantagem não conseguem acessar ou utilizar os serviços. A equidade em saúde compreende tanto fatores individuais quanto sociais coletivos, presume uma garantia de direito mas depende de provisão de serviços, e visa uma maior equalização social e redução de desigualdades em saúde mas não pode ser arranjada por mecanismos de redistribuição, visto que é impossível redistribuir saúde.

Definições comuns de conceitos são necessárias para o desenvolvimento de medidas na pesquisa, seja em estudos descritivos, analíticos ou de intervenção. Assim, a ausência de uma definição comum dificulta ou até mesmo impossibilita chegar a conclusões sobre as implicações dos achados da pesquisa (STARFIELD, 2001). Além disso, a forma como equidade e iniquidades em saúde são definidas tem implicações na política pública e consequências práticas, visto que pode determinar quais medidas podem ser monitoradas pelos governos e em quais atividades as políticas de equidade em saúde devem focar (BRAVEMAN, 2006). Como afirmou Barbara Starfield:

A equidade é uma característica profundamente relevante para as políticas públicas dos países e suas sub-jurisdições. Não faz sentido pesquisar a equidade se isso não levar a mudanças sociais que promovam seu alcance. Definir o que deve ser atingido, em termos mensuráveis, é uma necessidade precursora para desenvolver estratégias para atingi-la (STARFIELD, 2001, p.552).

Assim, para além da definição do conceito, o presente trabalho também busca contribuir para o entendimento de como a equidade em saúde pode ser traduzida em políticas públicas, tendo em vista, dilemas políticos concretos, como o acesso a serviços e sua oferta, mecanismos de financiamento, formas de organização e administração do sistema e a transversalidade das políticas públicas, dado o reconhecimento de determinantes sociais de saúde, que supõe a necessidade de cooperação intersetorial a fim de garantir a efetivação do direito à saúde.

1.1. Pergunta de Pesquisa

Como é definida a equidade no sistema público de saúde?

1.2. Objetivo Geral

Definir a equidade em saúde e analisar como ela é traduzida em políticas públicas.

1.3. Objetivos Específicos

- Identificar os diferentes entendimentos e os aspectos teóricos de *equidade em saúde* e *equidade em cuidados de saúde* na literatura publicada.
- Propor um quadro conceitual para a definição de equidade em saúde a partir da revisão sistemática da literatura publicada sobre o tema.
- Discutir como o conceito de equidade em saúde proposto é traduzido em políticas públicas de saúde.

1.4. Estrutura da Dissertação

O estudo foi desenhado de modo a pensar o percurso da noção de equidade em saúde tanto na produção científica quanto em políticas públicas de saúde, com o objetivo de se chegar a uma definição do termo *equidade em saúde*, com base na literatura publicada sobre o tema. Assim, a estrutura da dissertação consiste em: (i) Introdução; (ii) Revisão da Literatura; (iii)

Metodologia; (iv) Análise e Apresentação dos Dados; (v) Discussão; e, (vi) Conclusão e considerações finais. Após apresentar, neste primeiro capítulo, a justificativa, os objetivos da pesquisa e a pergunta que a orienta, o capítulo da revisão da literatura apresenta o processo de formação do Estado de Bem-Estar Social e como os diferentes modelos configuraram novas organizações sociais, econômicas e políticas, que colocaram novos papéis para o Estado, mercado e sociedade. O histórico sobre esse fenômeno contribui na compreensão da consolidação da saúde como um direito social. A partir disso, é feita uma análise da consolidação desse direito e de sua objetivação no texto constitucional brasileiro, que são as bases para entender os princípios da saúde no sistema público brasileiro e como a questão da equidade se insere nesse debate.

Em seguida, o capítulo da metodologia apresenta o tipo de estudo e as técnicas de pesquisa, além do passo a passo da revisão sistemática da literatura. Por se tratar de um método de alto rigor e transparência, são expostas todas as etapas realizadas na condução da revisão: (i) definição da pergunta de pesquisa; (ii) localização e seleção dos dados; (iii) avaliação crítica dos estudos; (iv) coleta de dados; (v) análise e apresentação dos dados; e, (vi) interpretação dos dados. Além de apresentar todos os passos da revisão sistemática da literatura, também são expostos os obstáculos e as limitações encontrados ao longo da revisão, que requereram mudanças na estratégia de busca e seleção dos estudos. Como parte da etapa quatro (coleta de dados) da revisão sistemática, é apresentado o processo realizado para o agrupamento dos estudos com base em suas semelhanças, ou seja, a definição das variáveis para categorização dos estudos e a análise e síntese dos estudos em blocos. Os dados são apresentados em dois quadros, nos quais os estudos são categorizados de duas formas: em “definições explícitas de equidade em saúde” e “definições implícitas de equidade em saúde”, e de acordo com seu domínio temático.

Após apresentar todas as fases da revisão sistemática, a etapa de análise e apresentação dos dados foi retomada e detalhada no capítulo seguinte. No quarto capítulo, é realizada uma análise descritiva conceitual da equidade em outros campos do conhecimento a fim de dar bases para o entendimento da equidade em saúde e relacionar com o conceito levantado na revisão sistemática. Os estudos selecionados foram analisados individualmente dentro de seus domínios temáticos. Nessa análise, procura-se identificar as teorias e conceitos mobilizados nos estudos para definir explicitamente a equidade em saúde e quais teorias apenas auxiliam na compreensão do tema, cujos estudos constituem o bloco de definição implícita.

No quinto capítulo foi realizada a interpretação dos dados apresentados, que consiste na sexta etapa da revisão sistemática. Com base na interpretação dos dados, propõe-se um quadro conceitual da equidade em saúde. A partir disso, foi feita uma discussão dos achados da revisão sistemática: a relação entre os quadros de definição explícita ou implícita e de domínio temático são analisados quanto ao método utilizado, ano e local de publicação, de modo a identificar se há alguma relação espaço-temporal no percurso do entendimento de equidade em saúde na literatura. Por fim, foi feita uma análise de oportunidades, bem como problemas e limites dos achados da revisão sistemática, buscando também identificar possíveis lacunas que a literatura analisada ainda apresenta quanto ao conceito de equidade.

O sexto e último capítulo apresenta a conclusão e considerações finais. Nele, procurou-se realizar uma síntese dos achados da pesquisa por meio da revisão sistemática da literatura, apontar de que forma o conceito de equidade evoluiu na produção científica e em que direção caminha, de maneira a contribuir para a reflexão sobre o desenvolvimento do conceito de equidade em saúde e de sua tradução em políticas públicas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. O fenômeno do *Welfare State*

As transformações sociais, políticas e econômicas ocorridas no século XX configuraram uma nova lógica de organização do Estado, que passou a exercer um papel de provedor de serviços sociais. Diversas teorias de ordem econômica e/ou política foram desenvolvidas acerca do surgimento do *Welfare State*, principalmente a partir das realidades nórdica, inglesa e norte-americana. O provimento, pelo Estado, de serviços sociais garantidores de condições mínimas de vida, consolidados pelos direitos à saúde, educação, aposentadoria e habitação conformou um Estado Protetivo. Mais do que uma consolidação de programas sociais, o Estado Protetivo revelou-se como uma forma de articulação e regulação social entre Estado e sociedade e Estado e mercado, no contexto do desenvolvimento do capitalismo do século XX (DRAIBE, 1993).

No entanto, políticas sociais na Alemanha já no século XIX e na Inglaterra no início do século XX são consideradas as primeiras experiências de um *Welfare State*. No fim do século XIX, no Império Alemão, Otto von Bismarck introduziu políticas de seguro social aos operários industriais a fim de ordenar e restringir a organização do operariado nas indústrias, além de promover uma paz social nas fábricas. Tais políticas tomaram uma forma de intervenção e controle por parte das elites sobre a organização dos movimentos dos trabalhadores, mas, por outro lado, garantiram formas de seguro social aos trabalhadores, para casos de acidente de trabalho, invalidez e doença, antes inexistentes. Os beneficiários desse seguro eram apenas os operários industriais, os quais, juntamente com seus empregadores, contribuíam para um fundo de financiamento do seguro. O modelo *bismarckiano* tinha um caráter corporativista e seletivo, visto que incorporava apenas os trabalhadores assalariados das indústrias como beneficiários (FARIA, 1998).

Na Inglaterra, no início do século XX, a ideia de *Welfare State*, desenvolvida na segunda metade do século, tomou a forma de provisão de serviços sociais de proteção e garantia de direitos da cidadania, passando de um “Estado da seguridade social” para um “Estado dos

serviços sociais” (*Ibid.*, 1998, p. 51). Como resultado da reforma da seguridade social na Inglaterra, William Beveridge apresentou o Plano Beveridge de proteção da renda por meio da universalização de serviços e benefícios. Com foco no seguro desemprego, plano de saúde e abono familiar, o plano visava a promoção de solidariedade entre as classes e a garantia da estabilidade econômica no pós-guerra, em uma perspectiva *keynesiana*. Apesar de não ter sido pioneira na introdução do seguro desemprego com o Plano Beveridge, a Inglaterra foi a primeira experiência de *flat-rate* de benefício, que independe de níveis de carência (*Ibid.*, 1998, p. 52).

No plano econômico, Wilensky (1975) dá ênfase ao gasto social para explicar o surgimento e a expansão do *Welfare State*, ao sugerir que há uma relação direta e proporcional entre grau de industrialização de um país e seu nível de gasto social: quanto mais industrializado, mais se gasta em política social, o que consiste na Teoria da Convergência¹. Para o autor, o sistema político de um país não interfere na expansão do *Welfare State*. A relação, feita a partir de um estudo da evolução do gasto social em 64 países, intitulado *The Welfare State and Equality*, de 1975, mostra como o processo de industrialização gerou impactos sobre a estrutura social e as relações econômicas, acarretando novas demandas postas ao Estado. O crescimento econômico e tecnológico oriundo do processo de industrialização introduz mudanças na estrutura social familiar, nas relações de trabalho, na estrutura demográfica e nas formas de socialização, pressionando o Estado para lidar com tais mudanças. Assim, “o crescimento do gasto em seguridade social começa como um acompanhamento natural do crescimento econômico e seus efeitos demográficos” (WILENSKY, 1975, p. 47).

Compartilhando o argumento da industrialização, Titmuss (1974) afirma que o processo de industrialização configurou novas relações de trabalho com a divisão social do trabalho, gerando novas necessidades coletivas e individuais. A individualização e a especialização da produção levam a uma dependência da sociedade pelo homem. Diante dessas novas necessidades culturalmente construídas, há uma reação do Estado por meio da introdução de políticas sociais, garantindo, assim, a continuidade da sociedade (ARRETCHE, 1995., p. 15). Para além de uma análise da emergência do *Welfare State*, Titmuss desenvolve uma categorização de tipos ideais desse fenômeno com base na função das políticas sociais de cada

¹ A Teoria da Convergência ou a teoria da industrialização defende que “as sociedades tenderiam a convergir em direção a formas semelhantes, estivessem elas sob regimes capitalistas ou socialistas, dado o impulso da industrialização” (ARRETCHE, 1995, p.6)

² De acordo com o Banco Mundial, a população brasileira em 1988 era de cerca de 144 milhões de habitantes (BANCO

modelo: Modelo Residual, Modelo de Produtividade e Desempenho Industrial (ou Modelo Meritocrático-Particularista) e Modelo Redistributivo Institucional. Tais modelos divergem no papel que a esfera privada (as famílias e o mercado) e a pública (por meio das instituições públicas) exercem na provisão de bem-estar. Enquanto no Modelo Residual a responsabilidade de suprir as necessidades individuais recai sobre a família e o mercado, cabendo ao Estado a provisão do mínimo aos comprovadamente pobres, no Modelo Redistributivo Institucional os papéis se invertem: o Estado deve garantir o direito à cidadania para todos de forma universal, independente da atuação do mercado. O Modelo de Produtividade e Desempenho Industrial ou Meritocrático-Particularista encontra-se entre os dois anteriores, visto que há uma intervenção do Estado por meio de políticas sociais, mas apenas como forma de corrigir falhas do mercado; o indivíduo deve garantir o suprimento de suas próprias necessidades por meio do trabalho, da produtividade e do próprio mérito. Em uma escala que vai do mais privatista e residual ao mais inclusivo e universal, a tipologia de Titmuss pode ser relacionada às experiências nos Estados Unidos com o Modelo Residual, às políticas *bismarckianas* com o Modelo de Produtividade e Desempenho Industrial e ao Plano Beveridge com o Modelo Redistributivo Institucional (FARIA, 1998, p. 55). Posteriormente, tais modelos são derivados na tipologia de Esping-Andersen, apresentada adiante.

Outra teoria de viés econômico é a de O'Connor (1973), elaborada a partir da análise das finanças públicas dos Estados Unidos no pós-guerra. No entanto, o autor, diferentemente de Wilensky e Titmuss, não parte da teoria da industrialização, mas explica as políticas sociais por meio do papel do Estado dentro de um sistema capitalista, definindo dois papéis: “acumulação e legitimação” (O'CONNOR, 1977, p. 19). O *trade-off* no qual consistem essas funções está baseado na manutenção do sistema capitalista e na garantia de bem-estar social. O desenvolvimento das políticas sociais ocorre em razão da expansão do capitalismo, cujo processo de acumulação gera novas necessidades colocadas para o Estado. O capitalismo é beneficiado pelas políticas sociais em razão da melhoria do bem-estar dos trabalhadores e da otimização da produção do mercado de trabalho. As políticas sociais atuam, portanto, como geradoras de uma “harmonia social” por meio do bem-estar social e como garantidoras da acumulação capitalista (FARIA, *op. cit.*, p. 44).

Em contraposição às teorias de determinismo econômico, as correntes de pensamento de ordem política destacam as relações das forças políticas como centrais no fenômeno do

Welfare State, diante, não do processo de industrialização, mas do processo de democratização de massa ocorrido no século XX. Autor neomarxista como O'Connor, Gough também defende que as políticas sociais exercem papel de garantidoras de acumulação capitalista e legitimação social. No entanto, o argumento de Gough difere do de O'Connor ao considerar os elementos do conflito social e da luta da classe trabalhadora. O controle pela classe dominante dos modos de produção capitalista, que objetiva a acumulação, impacta na expansão das políticas sociais e na capacidade de financiamento de tais políticas (ARRETCHE, *op. cit.*, p. 41). Gough considera essencial para a expansão do *Welfare State* a pressão das classes trabalhadoras em direção à introdução de programas sociais. Tanto a classe dominante quanto a classe trabalhadora identificam vantagens nas políticas sociais: enquanto as políticas sociais garantem a acumulação capitalista e a legitimação social para a primeira, elas também garantem a regulação do mercado de trabalho e benefícios sociais para a segunda. Assim, o *Welfare State* surge de um ajuste entre o capital e o trabalho organizado (*Ibid.*, 1995).

De maneira oposta, a teoria neoinstitucionalista argumenta contra as teorias que defendem o surgimento e desenvolvimento de políticas sociais por fatores externos à ação estatal, como por exemplo, a luta da classe operária. Tal teoria confere ao Estado e às instituições políticas a capacidade de desenvolver um *Welfare State*. Essa teoria funda-se em três elementos: (i) a formação do Estado Nacional, que determina a capacidade de ação estatal e a autonomia do Estado; (ii) o contexto institucional, definido pelas instituições estatais e partidárias; e (iii) os processos de *policy feedback*, ou seja, o histórico das políticas determinadas por ideologia, valores culturais e interesse político que conformam um discurso político (*Ibid.*, 1995). De base weberiana, a autonomia do Estado e de sua burocracia em relação à sociedade civil traduz-se na capacidade estatal e é fundamental para o desenvolvimento de programas sociais. Além da consolidação da burocracia, o contexto institucional histórico também determina a ação estatal. Há, assim, uma confluência entre o contexto institucional, dado pela estrutura do Estado e das instituições políticas, e os determinantes da capacidade de ação da burocracia pelo processo de *policy feedback*.

Diferentemente da teoria neoinstitucional, que considera as particularidades históricas de um país para o surgimento do *Welfare State*, a teoria estrutural consiste em uma abordagem de macroprocesso. Contribuição relevante para a literatura sobre o tema e com base na teoria estrutural, o conceito de cidadania de Marshall (1950) parte da lógica de que o surgimento de um

Welfare State é dado pela evolução natural da ordem social. O autor utiliza uma abordagem linear e evolutiva com base na progressão dos direitos conquistados: dos civis para os políticos e dos políticos para os sociais, conquistados, por fim, no século XX. Sua análise é feita na observação de que as desigualdades econômicas são impactadas pela crescente igualdade política. Os direitos sociais passam a garantir a participação na riqueza coletiva e se baseiam na justiça social, incluindo o direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde, à aposentadoria e permitindo às sociedades politicamente organizadas reduzir os excessos de desigualdade e garantir um mínimo de bem-estar para todos (MARSHALL, 1950). O *Welfare State* é, portanto, a realização máxima da sociedade ocidental por complementar as liberdades individuais e a participação democrática com um conjunto de direitos sociais e econômicos, configurando-se assim a noção de cidadania de Marshall. Para o autor, a concretização da cidadania por meio da progressão dos direitos é um processo macroestrutural, que põe em marcha um processo de mudança independente da ação individual. A ideia de Marshall sobre a progressão de direitos na Inglaterra foi também empregada no *État-Providence* francês com Rosanvallon (1981), o qual definiu o *Welfare State* como uma progressão do Estado Protetivo clássico, oriundo da formação do Estado Moderno por meio do contrato social. O Estado Protetivo clássico, regido pelo contrato social, transformou-se no Estado de Bem-Estar Social por meio da reformulação dos termos do contrato, o que ocorre geralmente em épocas de crise, como os períodos de guerra do século XX (ARRETCHE, 1995, p. 36).

Diferentemente de Marshall, que se baseia na estrutura da progressão de direitos para explicar a emergência *Welfare State*, Esping-Andersen acredita que a estrutura não é suficiente para explicar determinadas variações: o processo incremental e linear de Marshall não se aplica a todos os regimes. Ao defender que não há variação na estrutura, e, portanto, não é possível justificar um processo social ou político por meio dela, Esping-Andersen aponta para a importância da ação política e de agência nesse processo. O autor utiliza a teoria das relações de poder, por meio da capacidade de mobilização de poder da classe trabalhadora dentro das matrizes de poder, para explicar o surgimento de diferentes *Welfare States* (*Ibid.*, 1995). Assim como Titmuss, que faz uso do método weberiano de tipos ideais, Esping-Andersen apresenta uma tipologia de regimes de *Welfare State* por meio de um agrupamento de países com modelos similares, visto que é necessário reconhecer a existência de diferentes regimes.

Os três modelos de *Welfare State* de Esping-Andersen constituem-se a partir das disputas nas matrizes de poder e da capacidade dos trabalhadores de inserir os interesses de emancipação da classe operária (*Ibid.*, p. 49). Portanto, as diferenças entre os regimes são resultado de diferentes configurações dadas como resposta ao conflito distributivo das sociedades. No modelo socialdemocrata, o movimento operário foi capaz de introduzir demandas históricas por meio da atuação do partido socialdemocrata, concretizadas em políticas de equalização social. Assim, esse modelo, típico dos países escandinavos, é caracterizado por ampla proteção social, com benefícios como direito individual e dever do Estado independentemente de condições ou contribuição; as necessidades básicas dos indivíduos são garantidas pela universalização dos serviços públicos.

O modelo conservador, predominante na Europa continental em países antes absolutistas, é assim chamado em razão da forte presença estatal, que buscava impedir o avanço tanto do socialismo quanto do capitalismo. Tentava ainda gerar lealdade ao Estado e diferenciação interna na classe trabalhadora. Assim, há baixa solidariedade de classe, visto que a classe trabalhadora é fragmentada por categoria, a qual é fortalecida pelos sindicatos. Tal modelo é fragmentado e produtor de distinção de status, já que o acesso ao seguro público é condicionado pelo vínculo empregatício. O modelo liberal, por sua vez, desenvolveu-se em países anglo-saxões, nos quais o movimento operário era enfraquecido frente ao poder da burguesia. Tal modelo segue a lógica liberal: a pobreza é gerada pela política social e a percepção da possibilidade de mobilidade social dada pelo mérito reduz a solidariedade coletiva. Diferente do que ocorre no modelo social-democrata, o Estado garante a prestação do serviço somente para os comprovadamente pobres; para os demais, o serviço deve ser comprado no mercado privado (ESPING-ANDERSEN, 1991).

Essa tipologia não é linear-evolutiva, mas se trata de diferentes regimes estabelecidos por desenhos de política e relações de poder distintos. O autor não pensa o modelo social-democrata como o modelo mais maduro e desenvolvido a ser atingido pelos países que se encontram nos demais modelos (FARIA, 1998). Nesse sentido, Baldwin afirma que (1992):

A questão a ser respondida não é mais por que razão o resto do mundo não é igual à Suécia, mas por que é diferente. De um caminho único para o Estado de Bem-Estar social, temos agora três trajetórias e configurações possíveis, entre as quais a via social-democrata é apenas uma. O objetivo de Esping-Andersen não é mais medir todos os *welfare states* pelo padrão inaplicável de quanto despendem com política social, mas

entender as diferentes propriedades de cada um, a maneira como gastam, no montante em que o fazem (BALDWIN, 1992, p.702 *apud* FARIA 1998, p.59)

A tipologia de Esping-Andersen se faz relevante para o presente trabalho, portanto, ao considerar o caráter distributivo dos serviços públicos, determinado pelo desenho da política, e a existência de condições políticas para o desenvolvimento de determinado regime de *Welfare State* que independe de nível de riqueza do país, como defendiam os autores da teoria da industrialização. O desenho da política, resultante de uma disputa política, determina se o *Welfare State* é:

Mais universalista, institucionalizado e estatizado, em alguns casos, ao passo que, em outros se mostra mais privatista e residual; em uns mais generoso na cobertura e diversificação dos benefícios, em outros mais seletivo e assistencialista [...]. Em determinados casos e padrões, foi capaz de praticamente extirpar a pobreza absoluta, garantindo uma renda mínima (ou o imposto negativo) a todos quanto não lograram integrar-se via mercado e salário; em outros, tem deixado relativamente a descoberto e desprotegidos os bolsões ou, as camadas mais pobres da população. (DRAIBE, 1993, p. 3)

Elementos da teoria de Esping-Andersen podem ser identificados no Estado Social do Brasil - e, em específico, na política nacional de saúde, concretizada através da capacidade de mobilização de movimentos populares e profissionais da saúde nas matrizes de poder e na definição dos objetivos constitucionais. No entanto, é possível observar também elementos da teoria neoinstitucionalista na história do surgimento e desenvolvimento de um *Welfare State* no Brasil. No entanto, apesar de, em certos períodos históricos, o *Welfare State* no Brasil ter sido determinado pelas relações de poder e mobilização da classe trabalhadora, podendo ser inserido nos modelos de Esping-Andersen, em outros momentos, o contexto institucional e a ação estatal determinaram os rumos da política social no país, independente da mobilização e interesses dos atores da sociedade civil. Como a própria corrente neoinstitucional defende, é preciso considerar o processo histórico e a formação do Estado Nacional ao analisar a emergência do *Welfare State*.

2.2. O *Welfare State* Brasileiro

Com base nas experiências inglesa, nórdica e norte-americana, a literatura canônica do Norte sobre o *Welfare State* trata de uma realidade diferente da observada na América Latina no século XX, de industrialização tardia, com a coexistência de setores industriais modernos e economia agrária tradicional e regimes de exceção durante o século XX, como é o caso do Brasil. O surgimento dos direitos sociais no Brasil não ocorre de um desdobramento da industrialização como proposto por Wilensky, nem segue a linearidade dos direitos civis-políticos-sociais da Inglaterra proposta por Marshall, mas como uma forma de regulação social e de organização do trabalho assalariado nos setores modernos da economia (DRAIBE, 1993). A conformação do *Welfare State* no Brasil pode ser analisada pela “capacidade de mobilização dos trabalhadores, a cultura política, a estrutura de coalizões políticas e a autonomia da máquina burocrática em relação ao governo” (MEDEIROS, 2001, p. 5), utilizando-se de elementos de análise das diversas teorias de *Welfare State*, no entanto, não podendo ser reduzida a apenas uma lente teórica.

Nas primeiras décadas do século XX, as políticas sociais vigentes eram fragmentadas e conjunturais: a saúde pública não era pensada no nível central e era restrita ao controle, a educação pública era fragmentada e elitizada e a previdência era majoritariamente privada (*Ibid.*, 2001). Apesar da Lei Eloy Chaves, que garantia benefícios de saúde e pensões, ter sido promulgada em 1923 os benefícios eram restritos a trabalhadores do setor privado ferroviário. Pode-se falar na emergência de *Welfare State* no Brasil a partir dos anos 30, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões e da legislação trabalhista na década seguinte. Os direitos sociais começam a se expandir mesmo na ausência dos civis e políticos - contrariando a progressão dos direitos de cidadania de Marshall - isto é, o Estado Novo construiu um aparato institucional capaz de criar direitos trabalhistas pela via autoritária (CARVALHO, 2001). Configurou-se assim, uma “cidadania regulada” (SANTOS, 1998), que conferiu à política social nacional um forte elemento de estratificação e desigualdade.

Com o Regime Militar em 1964, há a consolidação institucional desse sistema de *Welfare* por meio da centralização política e administrativa altamente tecnocrática e da determinação de um aparelho estatal de intervenção social. Observa-se nesse período uma expansão das políticas de massa, que deixam de ser fragmentadas e a retomada do viés corporativista do Estado Novo sob vias repressivas aos movimentos organizados de trabalhadores (MEDEIROS, 2001). A ampliação das políticas sociais no período militar tomou dois rumos: compensatório, que visava controlar as rápidas mudanças sociais oriundas do desenvolvimento

do capitalismo; e produtivo, cujo objetivo era aumentar a capacidade produtiva e o crescimento econômico por meio das políticas sociais. A expansão massiva no campo social também permitiu a entrada da iniciativa privada, levando à articulação da área social com a política econômica. Desse modo, a política social do Regime Militar tinha um caráter altamente regressivo, visto que era pensada sob a racionalidade econômica de acumulação e não redistributiva (*Ibid.*, 2001).

A promoção de medidas redistributivas também era obstruída pela falta de autonomia da burocracia, dada pela resistência aos gastos sociais progressivos por parte de funcionários públicos leais ao Estado, e pelo autoritarismo e alta segmentação do mercado de trabalho, que incapacitava a mobilização dos trabalhadores na luta por programas sociais (*Ibid.*, 2001). Configurou-se no Brasil um *Welfare State* de baixa capacidade redistributiva, de elegibilidade pelo mérito e pelo pertencimento a certos grupos organizados no mercado de trabalho, como as corporações. Assim, o Regime Militar consolida no Brasil o Modelo de Produtividade e Desempenho Industrial (ou Modelo Meritocrático-Particularista) de Titmuss, podendo ser derivado para o Modelo Conservador ou Corporativista da tipologia de Esping-Andersen, ou seja, de provisão de seguro público fragmentado e de forma corporativista, gerando assim distinção de status e mercadorização do trabalhador pelo vínculo empregatício, decorrente da década de 30.

As reformas advindas do processo de redemocratização pós-85, com a descentralização política, a participação popular nos processos eleitorais e as organizações partidária e sindical reestruturaram o *Welfare State* brasileiro. Reformas foram realizadas no sentido de afastar as políticas sociais de medidas de ajuste macroeconômico, além de introduzir seguro-desemprego, reforma agrária e programas de suplementação alimentar (*Ibid.*, 2001, p.17). O mais importante avanço, ocorrido formalmente no Legislativo, foi a promulgação da Constituição Federal de 1988, que promoveu maior coesão social por meio da ampliação de direitos sociais nas áreas trabalhistas, de seguridade social e de saúde.

Apesar do processo de descentralização logo após a promulgação da Constituição ter ocorrido de forma fragmentada e desorganizada com forte caráter clientelista e assistencialista, na década de 90 há uma melhor articulação dada a descentralização compassada com a autonomia decisória. O processo de descentralização da provisão dos serviços públicos, no entanto, não foi planejado conforme a capacidade administrativa e financeira dos entes competentes (estados, mas principalmente municípios), o que conferiu um nível de desigualdade, em especial na provisão de serviços de saúde e educação (SOUZA, 2000). Apesar disso, o *Welfare State* aos poucos

transforma-se de um caráter assistencialista e entendido como uma ação benevolente do Estado para a provisão de serviços públicos como direitos sociais básicos (DRAIBE, 1998).

Com o artigo 6º da Constituição Federal de 1988, tornam-se “direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988). A determinação dos direitos sociais básicos por meio da provisão de serviços públicos, com estatuto constitucional, colocou para o Estado a obrigação de garantir proteção social e níveis mínimos de vida, configurando, assim, um Estado protetivo. A constituição de um Estado de Bem-Estar Social “significou, historicamente, muito mais do que o ‘mero’ desenvolvimento das políticas sociais, posto que representou também a reconstrução econômica, moral e política das nações” (FARIA, 1998, p. 48).

A sustentabilidade de tais modelos, no entanto, é colocada em discussão em razão da capacidade de financiamento das políticas sociais, inserida também em um debate político-ideológico que se funda na insustentabilidade de um *Welfare State* e na diminuição do Estado no sentido de limitação da intervenção estatal, opostamente à visão do seu papel redistributivo e de equalização da sociedade. Ainda que garantidos em texto constitucional como obrigação do Estado, os direitos sociais se traduzem na formulação e implementação de políticas sociais pela ação estatal. A ação dos atores vinculados ao Estado, em especial as burocracias, por sua vez, “tenderá a reforçar o poder daqueles que a formularam” (EVANS; RUESCHEMEYER; SKOCPOL, 1985, p. 15), resultando em políticas propostas diferentes daquelas demandadas pelos atores sociais – ainda que haja oposição a tais reformas por setores organizados da sociedade civil – pois, conforme afirma Titmuss, valores são inerentes aos sistemas de bem-estar (TITMUSS, 1974).

2.3. O direito à saúde

Apesar da emergência do *Welfare State* ser explicada de diferentes modos por diversas correntes de pensamento, conforme já apresentado, por todas elas perpassa o fenômeno da Segunda Guerra Mundial como influente na sua configuração. A sociedade sobrevivente saiu

da guerra com uma organização social e política fragilizada e desprovida de recursos econômicos. Diante da devastação resultante viu-se a necessidade de valorização e proteção da vida como bem maior por meio da consolidação de um novo pacto dado com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), a qual positiva os direitos fundamentais por meio da consolidação da Declaração Universal dos Direitos do Homem (DUDH) em 1948, também assinada pelo Brasil. Para a garantia desses direitos são formados órgãos especializados subordinados à ONU, correspondendo a Organização Mundial da Saúde (OMS) à área da saúde. No preâmbulo de sua Constituição (1946) ela define que: “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1946). Introduzem-se, assim, determinantes sociais no entendimento do que é saúde, inferindo que “ninguém pode ser individualmente responsável pela saúde” (DALLARI, 2009, p. 12) pois, além dos fatores individuais, físicos e psicológicos, ela também é condicionada pelo ambiente socioeconômico e pela ação dos Estados.

Apesar de signatário da DUDH, apenas em 1988, a Constituição Federal estabelece os direitos sociais como direitos fundamentais por meio do artigo 6º, que determina que, “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988). Somente em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990), ratifica o conceito de saúde proposto pela OMS por meio do artigo 3º:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990)

O direito à saúde só se consolida após o fim do regime militar no Brasil, visto que, partindo de um conceito de saúde como direito coletivo, o direito à saúde só se efetiva no Estado Democrático de Direito, dependendo também do grau de desenvolvimento do Estado para a sua efetivação (DALLARI, 1988, p. 59). Entendido como um direito coletivo e individual ele se baseia nos princípios de igualdade e liberdade. É direito individual quando há garantia de liberdade de escolha individual, ou seja, os indivíduos devem ser livres para escolher seus estilos

de vida, suas relações com o meio ambiente, suas opções por certo tratamento médico, determinando suas próprias escolhas em relação às suas condições de saúde (*Ibid.* p. 59). Por outro lado, trata-se também de um direito coletivo visto que se deve garantir o direito para todos de forma a assegurar a igualdade social. É preciso, assim, haver um equilíbrio entre esses dois valores, pois a efetivação ilimitada das liberdades individuais pode ameaçar a igualdade social (CARVALHO, 2003, p. 19). Inversamente, as liberdades individuais são limitadas por condicionantes determinados pela desigualdade social, que restringem a liberdade de escolha, tendo em vista que as opções de escolha e o acesso a elas são dadas pelas trajetórias e pelos círculos sociais em que os indivíduos estão inseridos.

Por serem normas reguladoras de relações jurídicas e não somente matrizes de outras normas, os direitos fundamentais, juridicamente qualificados como “obrigações indeclináveis do Estado” (GONET, 2002, p. 126), possuem eficácia de pronto, ou seja, têm aplicabilidade direta. (*Ibid.*, p.1 8). Porém, a aplicabilidade de certos direitos sociais tem eficácia limitada por versarem sobre matéria de cunho ético-social, sendo formas de programas de ação social (*Ibid.*, p. 20). Esse é o caso do direito à saúde, visto que, apesar de ser considerado um direito social fundamental, sua aplicabilidade não é plenamente efetiva, pois depende da implementação de políticas públicas específicas e da provisão de serviços pelo Estado. Dentre os direitos sociais, a saúde “tem sua garantia claramente vinculada às políticas sociais e econômicas, as diretrizes do sistema expressamente formuladas, envolvendo a participação da comunidade, e suas atribuições enumeradas no próprio texto constitucional” (DALLARI, 2009, p. 11). Essa condição leva ao debate quanto a se o direito à saúde é de fato um direito autêntico, partindo da ideia de que ele constitui uma norma programática de eficácia contida, visto que depende de políticas sociais e econômicas para sua efetivação. Assim, há autores que argumentam que a aplicabilidade do direito à saúde ocorre não como garantia de um direito, mas como provisão institucional, ou seja, “sua imperatividade direta é reconhecida como imposição constitucional aos órgãos públicos” (SILVA, 1998, p. 155). Diante desse caráter de provisão institucional do direito à saúde e da incapacidade estatal de provisão para toda a população a saúde apresenta atualmente crescentes números de processo de judicialização.

Apesar da discussão da eficácia contida do direito à saúde, o status constitucional conferido à saúde representa o reconhecimento de regular normativamente o atendimento às necessidades dos indivíduos. Quando a saúde é consolidada como um direito social, ela deixa de

ser apenas de responsabilidade individual, tornando-se obrigação do Estado. De acordo com Carvalho (2003), a “Constituição não é um simples ideário; é a conversão de anseios e aspirações em regras impositivas, em comandos. Segue, então, a mesma essência no que tange aos direitos fundamentais” (CARVALHO, 2003, p. 19). Assim, a Constituição de 1988 representa uma mudança no entendimento da saúde como o início do direito à saúde.

Nos anos 80, cerca de 20% da população brasileira era coberta por serviços públicos hospitalares², restando duas opções à maior parcela da população na busca por atenção hospitalar: o pagamento pelo serviço ou o serviço filantrópico. A assistência médica era vista como uma forma de benefício previdenciário, ao qual apenas tinham acesso os portadores da carteirinha do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social)³, ou seja, trabalhadores contribuintes da previdência social. Antes da Constituição Federal de 1988, a saúde era entendida simplesmente como um serviço público, com a ressalva de ser garantida apenas para uma clientela específica, os trabalhadores formais. A Constituição Federal de 1934 indica alguma atribuição às esferas de governo quanto aos cuidados da saúde ao estabelecer a responsabilidade de reduzir a mortalidade infantil e a propagação de doenças, cuidar da higiene social e mental e lutar contra os venenos sociais (DALLARI, 2009). Na Constituição Federal de 1988, como resultado dos movimentos populares, em especial do movimento da reforma sanitária na década de 1970, e da conjuntura de forças políticas durante o processo de redemocratização, a saúde é entendida não mais como um mero serviço, mas um direito social fundamental, passando de uma obrigação moral para uma obrigação legal (DALLARI; FORTES, 1997). A organização da saúde no Brasil abandona o modelo *bismarckiano*, seletivo e corporativista, e adota um modelo *beveridgiano*, de inclusão universal, de atenção e proteção coletivas. A saúde como direito coletivo se funda na necessidade de reestruturação do Estado com a organização de seus poderes com base na Constituição e seu próprio desenvolvimento para que seja capaz de garantir o direito a todos. É na garantia do direito a todos que “o direito à saúde privilegia a igualdade” (DALLARI, 1988, p. 59), que juntamente com a universalidade e a integralidade, compõem os princípios fundantes do Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988. Assim, com a criação

² De acordo com o Banco Mundial, a população brasileira em 1988 era de cerca de 144 milhões de habitantes (BANCO MUNDIAL, 2017), e, conforme apresentação do Ministério da Saúde, 30 milhões de pessoas eram beneficiadas com serviço hospitalar no mesmo ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

³ A Lei n 6.439 de 1977 instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) e criou o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), autarquia federal responsável pela assistência médica aos trabalhadores contribuintes da previdência social, posteriormente extinto em 1993 (FLEURY e CARVALHO,).

do SUS, há a instituição da cidadania sanitária, que configura uma das políticas de maior inclusão social da história do Brasil (MENDES, 2013).

2.4. A cobertura universal da saúde e o SUS

Com base na Constituição da Organização Mundial da Saúde de 1948, que determina a saúde como um direito humano fundamental, a cobertura universal de saúde significa que todas as pessoas e comunidades podem usar os serviços promotores, preventivos, curativos, reabilitadores e paliativos de saúde que precisam, de qualidade suficiente para ser efetivo, e ao mesmo tempo com a garantia de que seu uso não exponha o usuário a dificuldades financeiras (OMS, 1948, tradução da autora). Tal conceituação prescreve três objetivos: (i) equidade do acesso a serviços de saúde, determinado pela necessidade, não pela capacidade de pagamento; (ii) qualidade dos serviços de saúde suficiente para melhorar a saúde do usuário; e, (iii) proteção contra risco financeiro por meio da garantia de que o custo do uso do serviço não ocasionará insuficiência financeira ao usuário. De acordo com essa mesma concepção, para que tais objetivos sejam alcançados, a cobertura universal de saúde deve atender a dois componentes: cobertura de serviços de saúde essenciais e de qualidade e cobertura financeira, para toda a população. Configuram-se assim, três dimensões interdependentes a serem cobertas: serviços em saúde, financiamento e população, o que dá forma ao cubo da cobertura universal (FIGURA 1) (OMS, 2015, p. 7).

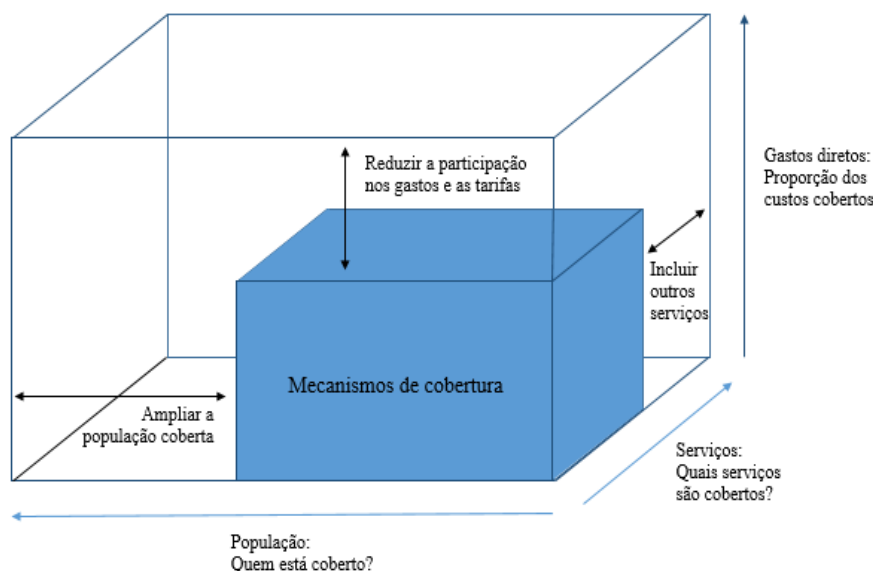


Figura 1 – Três dimensões da cobertura universal
Fonte: OMS, 2015.

O universalismo de sistemas públicos de saúde de diversos países é consagrado no nível central – como diretriz para a política de saúde em textos constitucionais – apenas na forma de “saúde para todos”. Políticas de saúde tendem a ser responsabilidade de governos subnacionais, sendo oferecidos de forma descentralizada (OCDE, 2016), visto que a municipalização dos serviços de saúde é a forma ideal de organização para a garantia do direito à saúde (DALLARI, 1988). Sendo assim, a fim de se atingir as três dimensões da cobertura universal, é preciso haver coordenação entre o governo central e os governos subnacionais (em sistemas de saúde descentralizados) no que tange a quais e como os serviços são oferecidos, à população coberta e ao financiamento do sistema bem como às formas de repasses financeiros entre os níveis.

Conforme a definição da OMS, a equidade é entendida pela chave do acesso dentro do universalismo: o serviço de saúde deve ser acessível conforme a necessidade, independentemente da capacidade de pagamento. No entanto, a própria ideia de acesso pode ser entendida de diversas maneiras, além de ser afetada por diferentes fatores (materiais e imateriais), como será apresentado na revisão sistemática. Ademais, é preciso diferenciar *equidade no acesso a serviços de saúde* de *equidade em saúde*, do mesmo modo como é necessário distinguir *acesso*

a serviços de saúde de acesso à saúde. A literatura demonstra como o entendimento de saúde para além da ausência de doenças requer compreender o acesso para além dos serviços de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Assim, no reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, não basta tomar o acesso unicamente aos serviços de saúde como unidade de análise. Há autores que até consideram os serviços e cuidados de saúde como mais um de seus determinantes (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2002), visto que há uma série de fatores que determinam o nível de saúde das populações e indivíduos, para além dos serviços de saúde.

O acesso é um dos indicadores da cobertura universal da saúde no sentido de que o acesso a (serviços de) saúde é universal e para todos. No Brasil, o universalismo da saúde é consagrado no artigo 7º da Lei 8.080/1990, que apresenta os princípios que regem as ações e serviços de saúde no território nacional. Dentre os nove incisos do artigo, vale destacar os incisos I, II e IV: “I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; e, IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 1990). Tais incisos apresentam os princípios de universalidade de acesso, integralidade de assistência e igualdade de assistência, que compõem os pilares do SUS.

No entanto, dentre os incisos que descrevem os princípios norteadores do SUS, não há menção à equidade. Em seu estudo sobre a equidade na legislação brasileira, Duarte (2000) afirma que “na legislação, fala-se em ‘igualdade de assistência’ (item VII, art. 7º da Lei 8.080), como sinônimo de equidade” (DUARTE, 2000, p. 444). Ele ainda acrescenta que, “para declarar a equidade como um princípio norteador do SUS, é fundamental saber até que ponto a legislação e as normas que o conformam propiciam melhorias nas condições [reais de saúde da população]” (*Ibid.* p. 444). A noção de equidade é incorporada gradualmente na agenda pelo poder público. O termo equidade é mencionado na legislação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), que rege sobre a consolidação do SUS, na forma de: equidade inter-regional e interestadual, equidade no acesso, equidade da atenção à saúde e equidade nas transferências de fundo a fundo. Já o Glossário do Ministério da Saúde (MS) entende “equidade (*sic*) em saúde e social” por meio dos termos “Centro Regional de Especialidade”, “centros de saúde”, “equidade”, “perfil epidemiológico”, “prevalência”, “regulação assistencial” e “universalidade” (BRASIL, 2004).

Apesar de não esclarecer como a legislação e as normas relativas à equidade como um princípio norteador do SUS propiciam melhorias nas condições reais de saúde da população, o Blog da Saúde do MS afirma que a equidade é um dos princípios norteadores das políticas de saúde pública no Brasil, que “se evidencia no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados”. (ROCHA, 2015). Medidas equitativas são, portanto, formas de reconhecimento das “diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenças sociais e deve atender a diversidade” (*Id.*, 2015). Nesse sentido, estão instituídas no SUS Políticas da Promoção da Equidade em Saúde focadas em populações LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros), em situação de rua, negra, cigana e de isolamento territorial (populações de campo, floresta e águas). A formulação dessas políticas parte da ideia de que populações vulneráveis, que sofrem diversas formas de preconceito e discriminação que impactam na saúde, têm necessidades diferentes. Grupos sociais alvo de racismo, misoginia, LGBTfobia e exclusão social são públicos de políticas de equidade em saúde, que visam o atendimento integral à saúde e o respeito à diversidade. No Portal da Saúde do MS, a equidade é um princípio exercido com respeito às “necessidades, diversidade e especificidades de cada cidadão ou grupo social e do reconhecimento que as diferentes condições de vida, habitação, trabalho, renda e de acesso à educação, lazer, cultura e serviços públicos impactam diretamente na saúde” (Portal da Saúde, 2015).

É possível observar que, pela perspectiva das políticas federais de saúde e do MS, a equidade é entendida sob a forma de medidas focalizadas. Isso leva ao debate sobre a existência de medidas focalizadas em um sistema de saúde universal. Este debate reside no entendimento equivocado de que universalismo tende à homogeneização, o que dilui as diferenças (BARROS; SOUZA, 2016). O programa Estratégia da Saúde da Família (ESF) é um caso muito utilizado na literatura nacional para ilustrar esse debate. Com base no Mapa da Fome para a definição de área e população de risco, a ESF é um programa de prática focalizada de atenção básica que visa “ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades” (PNAB, 2012, p. 54). De acordo com a literatura, a experiência da ESF demonstra como a focalização e universalização não são excludentes. Pelo contrário, a prática focalizada pode ser utilizada como um instrumento de (re)organização e (re)estruturação da política universal, além de organizar os sistemas locais de saúde. Ao fracionar a política de saúde em grupos público-alvo específicos, a

focalização também atua como um mecanismo de pressão no processo de descentralização ao ser tratada no nível local, em razão de especificidades dadas pelas diferenças regionais, sendo também um incentivo para a organização e institucionalização dos mecanismos de representação da comunidade (VIANA, DAL POLZ, 2005).

Assim, práticas focalizadas são um mecanismo de organização da política universal no sentido de tratar questões deficitárias na cobertura universal por meio do reconhecimento de diferenças, como é o caso da ESF, que focaliza a população vulnerável de baixa renda ou em área de risco. Nesse sentido, infere-se que o universalismo entendido apenas como acesso a todos não garante a realização efetiva do acesso a serviços de saúde ou à saúde para todos (GUSMANO *et al.*, 2009). Em razão disso, observa-se uma mudança na relação entre acesso e universalismo: o universalismo requer a *equidade* no acesso (conforme definição da OMS) para garantir uma plena cobertura a todos. Do mesmo modo, o Pacto pela Saúde de 2006 reconfigura os princípios que regem o acesso, antes concebido como *universalidade* de acesso na Lei 8.080, para a noção de *equidade* no acesso (além da equidade na atenção à saúde e na alocação de recursos). Essa necessidade da equidade na universalidade remete à concepção aristotélica de justiça, a qual corresponde à correção das falhas do universalismo por meio da equidade. Vale ressaltar que, apesar de ser uma concepção intrínseca tanto ao universalismo quanto à equidade, o acesso não é a única dimensão. O universalismo compreende também questões de oferta de serviços e financiamento. E, apesar de alguns autores considerarem algumas dimensões do acesso como o cerne da equidade em saúde, a grande maioria defende que a equidade não se limita a ele, como será apresentado na revisão sistemática.

Se há o reconhecimento de que a realização plena do universalismo requer formas de equidade, seja no acesso, na alocação de recursos, ou em outro aspecto, há um debate quanto a se a equidade em saúde requer políticas universais para ser concretizada. Universalismo e equidade são princípios distintos. Há tanto o entendimento encontrado na literatura de que o universalismo da saúde é condição para a equidade em saúde, quanto a defesa, por outro lado, da possibilidade de existência de equidade em sistemas de saúde não universais, como o sistema dos Estados Unidos. O primeiro posicionamento defende que a igualdade dada pelo universalismo precede a equidade e assim, questiona se a equidade pode ser um princípio aplicável em todos os países do mundo para todos os grupos populacionais, dados os desafios e as condições necessárias para a garantia de uma cobertura universal de saúde (SOUZA, 2008; FRIEDMAN; GOSTIN, 2017); o

segundo posicionamento vê a possibilidade de implementação da equidade em saúde por meio, por exemplo, de políticas públicas que visem a redução da diferença de mortes entre grupos raciais diferentes, mesmo em países com sistemas de saúde mistos, como os Estados Unidos (GOLDBERG, 2015; KUMANYIKA, 2015).

Sistemas de cobertura universal de saúde seguem o modelo *beveridgiano* que, como já exposto, é baseado na coesão social ao estabelecer a saúde como direito social fundamental e promover a universalização da atenção à saúde. Esse modelo não descarta a provisão de serviços de saúde no setor privado, porém, garante uma vasta abrangência de serviços públicos de saúde oferecidos aos cidadãos. O SUS, inspirado no modelo inglês do *National Health Service* (NHS) foi concebido como um sistema público de saúde universal nesse modelo *beveridgiano*, de “financiamento público por meio de impostos gerais, universalidade de acesso, gestão pública e prestação de serviços por *mix* público/privado, com especificação de obrigações e direitos dos cidadãos e dos órgãos prestadores de serviços” (MENDES, *op. cit.*, p. 28).

O modelo *beveridgiano* tem como princípios a coesão social e a solidariedade. Na literatura, a equidade é majoritariamente relacionada a princípios de justiça social e redução de desigualdades. Diante disso, é possível inferir que ela seja uma noção mais pertinente a países com sistemas de saúde universal do que a países com sistemas mistos, dadas as bases nas quais cada um se fundamenta. O que se pode observar na literatura, porém, mais do que o modelo universal da saúde é a intrinsecabilidade da equidade à esfera pública, em termos de força e vontade políticas e financiamento público (BRAVEMAN, 2006; STARFIELD, 2001; DUARTE, 2000).

Apesar de ser uma preocupação também da sociedade civil, de categorias profissionais e de alguns setores privados, a busca pela equidade em saúde concerne ao poder público. Assim, em países de sistema de saúde misto com forte presença do setor privado, como a Índia (MACKINTOSH *et al.*, 2016), a equidade em saúde tem menor visibilidade. A equidade em saúde tem menos força em sistemas de saúde predominantemente privados, nos quais a mercadorização dos serviços de saúde e da saúde se coloca como uma barreira para o alcance da equidade. Há autores que defendem que, mesmo em países de sistemas mistos, mas com alguma presença do poder público na saúde (com força e vontade política), ações de equidade em saúde podem ser formuladas e implementadas. A diferença reside no nível de equidade em saúde atingido.

Evidentemente, é impossível atingir um nível pleno de equidade em saúde em países de sistema de saúde misto onde interesses privados atuam como barreiras. Em razão dessas, alguns autores defendem que a equidade em saúde só pode ser concretizada em países de cobertura universal. No entanto, conforme será apresentado neste trabalho, a própria noção do “alcance da equidade em saúde” é debatida na literatura, tanto pelas dificuldades de mensuração da equidade quanto pelo questionamento de sua exequibilidade. Assim, alguns autores afirmam que a redução das iniquidades (e não a eliminação) já é uma conquista relevante (LANE *et al.*, 2016). Em suma, a complexidade da própria definição de equidade em saúde leva a outro debate, sobre o contexto e as circunstâncias em que ela pode se substantificar. A equidade em saúde é uma bandeira fortemente relacionada à saúde como direito fundamental; logo, torna-se central em países onde esse direito é consolidado e a cobertura de saúde é universal, ao passo que, em países de cobertura de saúde mista, a equidade em saúde ainda é debatida quanto à sua viabilidade.

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudo e técnicas de pesquisa

O objetivo desta dissertação é definir o conceito de equidade no sistema público de saúde e o método global escolhido é a revisão sistemática da literatura. A definição de um conceito é caracterizada pela busca do sentido e significado do fenômeno estudado – a equidade em saúde – que não pode ser isolado para a realização de um experimento, nem medido por meio de dados quantitativos (ABDAL et al., 2016). Com o objetivo de definir o sentido e o significado da equidade em saúde, busca-se identificar como os agentes interpretam-na e qual sentido prático conferem ao seu conceito, de modo a compreender, portanto, os mecanismos sociais do fenômeno e como inserem essas interpretações na vida cotidiana.

Trata-se de um tema ainda em interpretação, sobre o qual não há consenso, mas muita produção acadêmica e um debate contínuo. A busca na base de dados *ProQuest* por meio das duas principais palavras-chave da pesquisa e operador booleano, “*equity*” AND “*health*”, apresenta 268.272 resultados. A existência de um periódico apenas com publicações sobre o tema da equidade na saúde – o *International Journal for Equity in Health*, lançado em 2002 pela *International Society for Equity in Health* – também aponta para a complexidade e a amplitude do debate acerca da equidade em saúde. Assim, por meio de uma revisão sistemática da literatura, buscou-se agrupar, organizar e analisar criticamente tais estudos para a elaboração de um quadro conceitual, a fim de lançar luz sobre o debate do tema e compreender como a literatura o define.

Para além de uma sistematização da produção acadêmica para a conceituação da equidade em saúde, a presente pesquisa, inserida na área de Administração Pública, busca também contribuir para a compreensão da equidade em questões políticas concretas. O entendimento do conceito de equidade é necessário para pensar a questão do acesso, da oferta de serviços, do financiamento e da gestão do sistema público de saúde. Assim, também são analisados estudos sobre políticas, ações e práticas de equidade em saúde a fim de compreender como os conceitos da literatura são traduzidos em ações concretas. Por fim, nota-se que não foi

necessário submeter a pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa, visto que todos os estudos revisados se encontram em bases de dados de acesso público.

3.2. Revisão Sistemática da Literatura

O método de revisão sistemática da literatura consiste em uma “investigação focada em questão bem definida, que visa identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis” (GALVÃO, PEREIRA, 2014, p. 183). Trata-se de um estudo secundário, cujas fontes são estudos primários (*Ibid.*, 2014, p. 184). Referência no método de revisão sistemática da literatura, a Colaboração *Cochrane*⁴ propõe uma metodologia para garantir o rigor, transparência e reprodutibilidade da revisão sistemática, que consiste nas seguintes etapas:

Etapas da Revisão Sistemática da Literatura	
1. Formulação da pergunta	Pergunta analítica bem formulado, objetivos claros, componentes definidos (PICOS).
2. Localização e seleção dos estudos	Diversas bases eletrônicas de dados (nacionais e internacionais); verificação de referências bibliográficas de estudos relevantes.
3. Avaliação crítica dos estudos	Critérios para determinar a validade dos estudos selecionados; citação e explicação dos estudos que não preenchem o critério de validade.
4. Coleta de dados	Seleção e resumo de todas as variáveis estudadas, além das características do método; possibilidade de comparação ou não dos estudos selecionados.
5. Análise e apresentação dos dados	Agrupamento dos estudos com base nas semelhanças para a metanálise.
6. Interpretação dos dados	Determinação da força da evidência encontrada e aplicabilidade dos resultados.

Quadro 1 – Etapas da Revisão Sistemática da Literatura

Fonte: ATALLAH; CASTRO, 1997. GALVÃO, FERREIRA, 2014. Elaboração própria.

⁴ A Colaboração Cochrane é uma rede independente de pesquisadores, profissionais, pacientes, cuidadores e pessoas interessadas em saúde de mais de 130 países, com 13 centros e 28 extensões, que elabora pesquisa para o aprimoramento da tomada de decisão em saúde com base em informações científicas.

Além dos seis passos acima descritos, a Colaboração *Cochrane* recomenda ainda um sétimo: o aprimoramento e a atualização da revisão, ou seja, “uma vez publicada, a revisão receberá sugestões e críticas que devem ser incorporadas às edições subsequentes, caracterizando uma publicação dinâmica que deve ser atualizada cada vez que surjam novos estudos no tema” (ROTHER, 2007). No entanto, em razão do formato da presente pesquisa, esse passo não será realizado. Os seis passos realizados na revisão sistemática são descritos a seguir.

3.2.1. Formulação da Pergunta

A literatura sobre Revisão Sistemática da Literatura em pesquisas de Medicina e Biologia, muitas vezes realizadas com ensaios clínicos, prevê que a pergunta de pesquisa seja formulada ao redor de quatro elementos, que constituem o acrônimo PICO(S): população, intervenção, comparação e desfecho (do inglês *outcome*), sendo acrescentado um quinto elemento em algumas pesquisas: tipo de estudo (do inglês *study type*) (GALVÃO; PEREIRA, 2013, p. 184). Por meio de uma revisão sistemática, é possível estabelecer se os achados da pesquisa são consistentes e generalizáveis para a população estudada, visto que a diversidade de múltiplos estudos revisados fornece um contexto interpretativo que um único estudo não permitiria (MULROW, 1994, p. 598). Do mesmo modo, esse método possibilita a compreensão do contexto interpretativo de outros temas sobre os quais há uma multiplicidade de interpretações e definições na literatura. Assim, no caso da presente pesquisa, em razão da ausência de consenso sobre uma definição única sobre a equidade em saúde, busca-se sintetizar e organizar os trabalhos publicados sobre o tema a fim de determinar a consistência e o grau de generalização dos achados da revisão sistemática da literatura, para concluir, por fim, se é possível estabelecer uma definição única sobre equidade em saúde. Para a presente pesquisa, que tem caráter exploratório e objetivo de elaborar um quadro conceitual da equidade em saúde, buscou-se formular uma pergunta abrangente e objetiva. Portanto, a pergunta de pesquisa elaborada para a Revisão Sistemática da Literatura é: *Como é definida a equidade em saúde em sistemas públicos de saúde?*

3.2.2. Localização e seleção dos estudos

A localização e seleção dos estudos foram realizadas entre abril de 2017 e fevereiro de 2018. Inicialmente haviam sido selecionadas como bases a Biblioteca Virtual de Saúde, as plataformas Pubmed, Scielo, *Cochrane Library*, *Medline*, assim como as revistas *Ciência e Saúde Coletiva*, *Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo*, *Revista de Atenção Primária à Saúde*. A partir das buscas nessas bases, no entanto, foram encontrados diversos estudos de medicina e epidemiológicos, que fogem do propósito da presente pesquisa. Desse modo, a localização dos estudos foi modificada para as bases de dados *Web of Science* e *ProQuest*. Para ambas as bases, a estratégia de busca iniciou-se com frases booleanas abrangentes, que foram se estreitando com a adição de palavras-chave. No início da busca, as frases booleanas continham, em geral, três palavras-chave “*equity*”, “*health*” e “*inequality*”. No entanto, observou-se que os resultados não cobriam textos de formação conceitual e definição do termo. Assim, julgou-se pertinente utilizar as palavras-chave “*concept*” e/ou “*defin**” em todas as frases booleanas. Tanto para a busca no *Web of Science* quanto no *ProQuest*, o tempo estipulado foi “Todos os anos”, o tipo de documento foi “Todos os tipos de documento”.

Tabela 1 – Resultados de busca na base de dados *Web of Science*

Rótulo de campo, operador booleano e palavras-chave	Número de resultados
TS=(equity AND health)	10.286
TS=(equity AND health AND concept)	618
TS=(equity AND health AND concept AND public)	225
TS=(equity AND health AND defin* AND public)	286
TS=(equity AND health AND concept AND inequalit*)	136
TS=(equity AND health AND public AND concept SAME defin*)	47
TS=(equity AND health AND concept AND inequalit* SAME dispariti*)	26
TS=(equity AND health AND concept SAME defin* AND inequalit* SAME dispariti*)	12

Tabela 2 – Resultados de busca na base de dados *ProQuest*

Rótulo de campo, operador booleano e palavras-chave	Número de resultados
equity AND health	275.568
equity AND health AND concept	197.214
ab(equity) AND ab(health) AND ab(concept)	554
ab(equity) AND ab(health) AND ab(concept) AND ab(public)	195
ab(equity) AND ab(health) AND ab(defin*) AND ab(public)	185
ab(equity) AND ab(health) AND ab(concept) AND ab(inequalit*)	57

3.2.3. Avaliação crítica dos estudos

A avaliação crítica dos estudos determina quais estudos são válidos para utilização na revisão. Os estudos excluídos também são apresentados, bem como o motivo de exclusão. O primeiro passo da triagem foi feito por meio da análise do título do estudo. Os textos selecionados na primeira fase seguiram para a análise do resumo. Após a análise dos resumos, os textos foram lidos na íntegra. Por fim, após a leitura integral, os textos relevantes para a pesquisa foram analisados e inseridos na revisão. Os critérios de inclusão foram: textos publicados na íntegra e de acesso gratuito, textos em português ou inglês e textos publicados após 1988 para publicações nacionais. Quanto ao formato do texto, foram incluídos: artigos, ensaios, comentários, documentos de discussão e documentos de trabalho. Os trabalhos selecionados na fase da avaliação crítica dos estudos contêm definições explícitas ou implícitas de equidade em saúde. Os estudos com definição explícita apresentam frases diretas quanto ao conceito de equidade em saúde com o sentido de: “equidade é...” ou “equidade em saúde é...”, seja definido pelo próprio autor do estudo ou referenciando a outro(s) autor(es). Os estudos com definições implícitas, em geral, tomam já determinado entendimento de equidade como dado e apresentam outros conceitos relativos à equidade ou práticas, ações e políticas de equidade em saúde. Tais estudos de definição implícita são relevantes para auxiliar na compreensão dos textos de

determinação explícita, visto que alguns trabalhos não apresentam elaborações exaustivas sobre certos elementos constituidores da equidade em saúde, como acesso, qualidade, diferenças em saúde, justiça, entre outros.

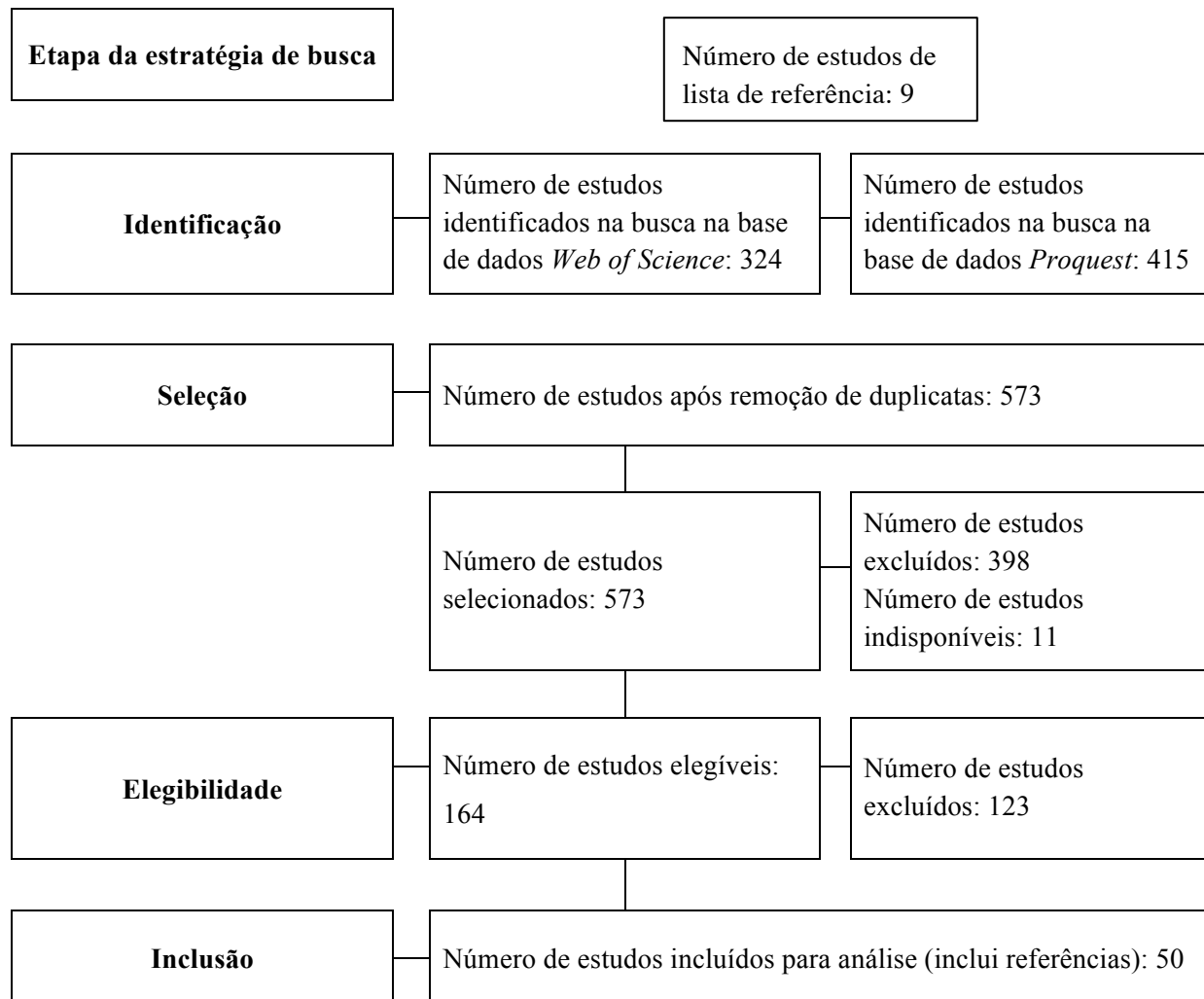
Os estudos excluídos nas fases de análise do título e do resumo envolviam: estudos clínicos e epidemiológicos, por serem voltados para a área de Medicina e Biologia; estudos de outras áreas do conhecimento que desviavam do tema da equidade no campo da saúde pública; e, estudos de caso ou estudos de caso comparado, em razão da especificidade do tema, seja por tratar-se de uma determinada população, grupo social e/ou região ou determinada doença/condição de saúde. A busca nas bases de dados resultou em um elevado número de trabalhos empíricos de estudo de casos específicos relativos à equidade em saúde, como: análise da taxa de mortalidade em razão de iniquidade socioeconômica na Austrália (TURELL; MATHERS, 2001), equidade no serviço de saúde de atenção primária em Chilimarca na Bolívia (KINMAN, 1999), mortalidade por classe ocupacional entre homens de 30 a 64 anos em onze países europeus (KUNST *et al.*, 1998); os desafios da epidemia do ebola em razão das desigualdades de condições de vida e fatores de exposição a doenças (FONSECA NETO; PORDEUS, 2014), impactos do seguro de saúde na equidade de acesso em escolas do Egito (YIP; BERMAN, 2001), a experiência chinesa em equidade em saúde e equidade em cuidados de saúde (LIU *et al.*, 1999), entre tantos outros.

Estudos, como esses mencionados, de natureza empírica se propõem tanto a estabelecer relações causais entre fatores sociais e nível de saúde em casos particulares quanto a analisar e avaliar políticas de equidade em saúde específicas. Como esta dissertação tem o objetivo de definir um conceito teórico julgou-se válido excluir esse tipo de estudos empíricos. Além disso, os trabalhos teóricos selecionados para a revisão sistemática já referenciam pesquisas empíricas para embasamento da teoria. Portanto, para além de uma lista exaustiva de artigos relacionados à equidade em saúde, buscou-se, com os artigos selecionados, abarcar diferentes formas de como o tema é abordado quanto à sua *definição* e aos *conceitos* que a envolvem.

É importante ressaltar também que alguns estudos analisados na revisão sistemática não se originaram da busca nas bases de dados, mas são oriundos de buscas paralelas, conforme uma lista de referência. A lista de referência consiste em estudos referenciados pelos autores nos textos selecionados, ou seja, estudos primários que contêm determinada definição de equidade em saúde utilizada no trabalho selecionado na revisão sistemática. Assim, os estudos da lista de

referência foram buscados individual e manualmente para que a definição de equidade em saúde referenciada fosse analisada no trabalho original. A primazia a determinados autores e definições da literatura dada por alguns estudos levantados na revisão sistemática e o alto número de aparições de determinado autor ou obra nas referências bibliográficas dos estudos selecionados na revisão sistemática foram critérios para serem inseridos na lista de referência. Julgou-se pertinente adicionar tais estudos à análise, pois são trabalhos relevantes, embora não tenham sido detectados na busca nas bases de dados.

A estratégia de busca, seleção e análise dos estudos para definir sua elegibilidade e inserí-los ou não na revisão é apresentada no esquema abaixo (ESQUEMA 1).



Esquema 1 - Etapas e resultados da estratégia de busca
Fonte: Elaboração própria.

3.2.4. Coleta de dados

Na fase da coleta de dados foram observadas as variáveis utilizadas na pesquisa. Os estudos foram lidos e revisados na íntegra e analisados quanto ao método, aos conceitos utilizados para a definição da equidade, local e ano de publicação e as teorias às quais o estudo faz referência. Esses dados foram compilados em um quadro (QUADRO 2) com os 50 estudos selecionados organizados cronologicamente para posterior agrupamento dos estudos em blocos temáticos.

Nº	Autor (Ano)	Título	Tipo de estudo	Local de publicação	Temas / Palavras-chave
1	Albrecht, C.; Rosa, R.; Bordin, R. (2017)	<i>The concept of equity in scientific production in health: a review</i>	Artigo	Saúde e Sociedade	Equidade, Equidade em saúde, Sistema Único de Saúde, Gestão em Saúde
2	Barreto, M. (2017)	<i>Desigualdades em saúde: uma perspectiva global</i>	Artigo	Revista Ciência e Saúde Coletiva	Desigualdades em saúde, Determinantes sociais da saúde, Iniquidade social, Saúde global
3	Carrapato, P.; Correia, P.; Garcia, B. (2017)	<i>Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde</i>	Artigo	Revista Saúde e Sociedade	Determinantes, Saúde, Pesquisa, Bibliometria
4	Ruano, A.L.; Shadmi, E.; Furler, J.; Rao, K.; Sebastián, M.S.; Uribe, M.V.; Shi, L. (2017)	<i>Looking forward to the next 15 years: innovation and new pathways for research in health equity</i>	Artigo	International Journal for Equity in Health	Equidade, Povos indígenas, Direito à saúde, Refugiados, Não-nacionais, Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, Métodos qualitativos, Justiça social, Cooperação
5	Friedman, E.A.; Gostin, L. O. (2017)	<i>From local adaptation to activism and global solidarity: framing a research and innovation agenda towards true health equity</i>	Artigo	International Journal for Equity in Health	Política de equidade em saúde, Promoção e obtenção de equidade em saúde, Agenda de pesquisa em equidade em

					saúde
6	Brolan, C.E.; Forman, L.; Dagron, S.; Hammonds, R.; Waris, A.; Latif, L.; Ruano, A.L. (2017)	<i>The right to health of non-nationals and displaced persons in the sustainable development goals era: challenges for equity in universal health care</i>	Artigo	International Journal for Equity in Health	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, Refugiados, Saúde de não-nacionais, Direito à saúde
7	Siqueira, S.A.V.; Hollanda, E.; Motta, J.I.J. (2017)	<i>Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde</i>	Artigo	Ciência e Saúde Coletiva	Equidade, Avaliação de política de saúde
8	de Barros, F.; de Sousa, M. (2016)	<i>Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS</i>	Artigo	Saúde e Sociedade	Equidade, Equidade em Saúde, Sistema Único de Saúde
9	Ribeiro, C. D. (2016)	<i>Justiça social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos fundamentos</i>	Ensaio	Saúde e Sociedade	Justiça social, Equidade em saúde, Políticas Públicas, Abordagem das Capacitações, Perspectiva dos Funcionamentos
10	Jarris, P.; Savage-Narva, Y.; Valdes Lupi, M. (2016)	<i>Promoting health equity and optimal health for all</i>	Editorial	Journal of Public Health Management Practice	Promoção de equidade em saúde, Iniquidade em saúde, Privilégio e racismo institucional
11	Souto, K. M. B.; Sena, A. G. N.; Pereira, V. O. de M.; dos Santos, L. M. (2016)	<i>Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa?</i>	Ensaio	Saúde Debate	Estado, Saúde, Equidade, Políticas Públicas
12	Penman-Aguilar, A.; Talih, M.; HUang, D.; Moonesinghe, R.; Bouye, K.; Beckles, G. (2016)	<i>Measurement of health disparities, health inequities, and social determinants of health to support the advancement of health equity</i>	Artigo	Journal of Public Health Management Practice	Disparidade em saúde, equidade em saúde, mensuração, monitoramento, determinantes sociais da saúde, vigilância

13	Corgozinho, M.; Oliveira, A. de (2016)	<i>Equidade em saúde como marco ético da bioética</i>	Artigo	Saúde e Sociedade	Equidade, Vulnerabilidade, Dimensão Social, Bioética
14	Lane, H.; Sarkies, M.; Martin, J.; Haines, T. (2016)	<i>Equity in healthcare resource allocation decision making: A systematic review</i>	Artigo	Social Science & Medicine	Equidade, Tomada de decisão, Alocação de recurso, Cuidado em saúde
15	Goldberg, D. (2015)	<i>On the very idea of health equity</i>	Comentário	Journal of Public Health Management Practice	Equidade em saúde; Produção científica
16	Richardson, L. D. (2015)	<i>Integrating Health Equity into practice and policy</i>	Comentário	Journal of Public Health Management Practice	Centro de Controle e Prevenção de Doenças, Disparidades de cuidado à saúde, Disparidades em saúde, Equidade em saúde, Política de saúde
17	Hall, M.; Graffunder, C.; Metzler, M. (2015)	<i>Policy approaches to advancing health equity</i>	Artigo	Journal of Public Health Management Practice	Lente da equidade, Disparidades em saúde, Equidade em saúde, Avaliação de impacto em saúde, "Health in All Policies", Determinantes sociais da saúde
18	Taillepierre, J. C. D.; Liburd, L.; O'Connor, A.; Valentine, J.; Bouye, K.; McCree, D. H.; Chapel, T.; Hahn, R. (2015)	<i>Toward achieving health equity: emerging evidence and program practice</i>	Artigo	Journal of Public Health Management Practice	Programa de equidade em saúde, Prática de saúde pública baseada em evidência, Abordagens universal e focalizada de saúde pública
19	Kumanyika, S. (2015)	<i>Health Equity is the issue we have been waiting for</i>	Comentário	Journal of Public Health Management Practice	Equidade em saúde, Promoção e obtenção de equidade em saúde
20	Dean, H. D.; Roberts, G.W.; Bouye, K.E.; Green, Y.;	<i>Sustaining a focus on health equity at the centers for disease control and prevention through organizational structures and</i>	Artigo	Journal of Public Health Management Practice	Promoção e obtenção de equidade em saúde, Estruturas e funções organizacionais

	McDonald, M. (2015)	<i>functions</i>			
21	Braveman, P. (2014)	<i>What is health equity: and how does a life-course approach take us further forward it?</i>	Artigo	Maternal and Child Health Journal	Equidade em saúde, Disparidade em saúde, Curso de vida
22	de Azevedo, L. M. N. (2013)	<i>Igualdade e equidade: qual é a medida da justiça social?</i>	Artigo	Avaliação, Campinas	Igualdade, Equidade, Justiça social
23	Eide, A. H.; Amin, H.; MacLachlan, M.; Mannan, H.; Schneider, M. (2013)	<i>Addressing equitable health of vulnerable groups in international health documents</i>	Artigo	European Journal of Disability Research	Equidade em saúde, Política de saúde, Grupos vulneráveis, Direitos humanos, Avaliação de política de saúde
24	Granja, G.; Zoboli, E.; Fraccoli, L. (2013)	<i>O discurso dos gestores sobre equidade: um desafio para o SUS</i>	Artigo	Revista Ciência e Saúde Coletiva	Equidade em saúde, Gestão em saúde, Políticas públicas de saúde
25	Assis, M.; Jesus, W. (2012)	<i>Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise</i>	Artigo	Revista Ciência e Saúde Coletiva	Sistema de saúde, Acesso aos serviços de saúde, Sistema Único de Saúde
26	Sanchez, R.; Ciconelli, M. (2012)	<i>Conceitos de acesso à saúde</i>	Artigo	Revista Panamericana de Salud Pública	Acesso aos serviços de saúde, Equidade em saúde, Políticas públicas de saúde
27	Whitehead, M. (2012)	<i>Waving or drowning? A view of health equity from Europe</i>	Comentário	Australian and New Zealand Journal of Public Health	Equidade em saúde, Políticas públicas de saúde, Determinantes sociais de saúde
28	Braveman, P. (2010)	<i>Social conditions, health equity and human rights</i>	Artigo	Health and Human Rights Journal	Equidade em saúde, Direitos Humanos, Condição social
29	Coelho, I. (2010)	<i>Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de</i>	Artigo	Ciência e Saúde Coletiva	Política de saúde, Reforma sanitária, Equidade em saúde

		<i>implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil</i>			
30	Gusmano, M. K.; Weisz, D.; Rodwin, V. G. (2009)	<i>Achieving horizontal equity: must we have a single-payer health system?</i>			
31	Vieira da Silva, L.; Almeida Filho, N. (2009)	<i>Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos</i>	Artigo	Cadernos de Saúde Pública	Equidade em Saúde, Desigualdade de saúde, Formação conceitual
32	Ritsatakis, A. (2009)	<i>Equity and social determinants of health at a city level</i>	Artigo	Health Promotion International	Equidade, Cidades saudáveis, Determinantes sociais, Igualdade em saúde
33	Souza, R. R. de (2008)	<i>Políticas e práticas de saúde e equidade</i>	Artigo	Rev. Escola de Enfermagem USP	Sistema Único de Saúde, Políticas Públicas de Saúde, Equidade em saúde
34	Dahlgren, G.; Whitehead, M. (2007)	<i>Policies and strategies to promote social equity in health</i>	Documento de trabalho	Institute for Future Studies	Política de equidade em saúde, Determinantes sociais da saúde
35	Braveman, P. (2006)	<i>Health disparities and health equity: concepts and measurement</i>	Artigo	Annual Review of Public Health	Desigualdade em saúde, Desigualdade social em saúde, Teoria, Quadro conceitual, Definições
36	Starfield, B. (2006)	<i>State of the art in research on equity in health</i>	Ensaio	Journal of Health Politics, Policy and Law	Equidade em saúde, Agenda de pesquisa
37	Viana, A. L.; Fausto, M.C.R.; Lima, L.D. (2003)	<i>Política de saúde e equidade</i>	Artigo	São Paulo em Perspectiva	Política de saúde, Equidade e oferta, Utilização de serviços de saúde

38	Braveman, P.; Gruskin, S. (2003)	<i>Poverty, equity, human rights and health</i>	Boletim	Bulletim World Health Organization	Status de saúde, Pobreza, Justiça social, Direitos humanos, Acaessibilidade/ética de serviços de saúde, Setor/organização e administração da atenção à saúde; Cooperação intersetorial
39	Macinko, J.; Starfield, B. (2002)	<i>Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001</i>	Artigo	International Journal for Equity in Health	Equidade em saúde, Pesquisa de equidade em saúde, Política de equidade em saúde, Iniquidade em saúde
40	Sen, A. (2002)	<i>Why health equity?</i>	Texto de nota	Health Economics	Equidade em saúde, Justiça social, Política de saúde, Inequidade em Saúde, Abordagem das Capacitações
41	Braveman, P.; Gruskin, S. (2002)	<i>Definind equity in health</i>	Artigo	Journal of Epidemiolog y Community Health	Equidade em saúde, Definição de conceito
42	Starfield, B.(2001)	<i>Improving Equity in Health: a Research Agenda</i>	Artigo	International Journal of Health Services	Equidade em saúde, Determinantes sociais, Agenda de pesquisa
43	Duarte, M. C. R. (2000)	<i>Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?</i>	Artigo	Ciência e Saúde Coletiva	Equidade, Legislação de Saúde, Políticas de Saúde, Sistema Público e Privado de Saúde, Reforma do Setor Saúde
44	Navarro, V. (1999)	<i>Health and equity in the world in the era of "globalization"</i>	Artigo	International Journal of Health Services	Equidade, Desigualdade em saúde, Globalização
45	Lindbladh, R.; Lyttkens, C.H.; Hanson, B. S.;	<i>Equity is out of fashion? An essay on autonomy and health policy in the individualized</i>	Artigo	Social Science & Medicine	Equidade, Autonomia, Política de saúde, Classe social, Individualização

	Ostergren, P. O. (1998)	<i>society</i>			
46	Mooney, G.; Jan, S. (1997)	<i>Vertical equity: weighting outcomes? Or establishing procedures?</i>	Artigo	Health Policy	Equidade, Alocação de recursos, Resultados de saúde
47	Standing, H. (1997)	<i>Gender and equity in health sector reform programmes: a review</i>	Artigo	Health Policy and Planning	Equidade de gênero, Saúde da mulher, Reforma de saúde
48	Jardanovski, E.; Guimarães, P. (1993)	<i>O desafio da equidade no setor da saúde</i>	Artigo	Revista de Administração de Empresas	Equidade, Sistema Público de Saúde, Economia da Saúde, Justiça Social
49	Taylor, C. E. (1992)	<i>Surveillance for equity in Primary Health Care: Policy implications from international experience</i>	Artigo	International Journal of Epidemiology	Equidade, Vigilância, Atenção Primária à Saúde, Política de saúde
50	Whitehead, M. (1992)	<i>The concepts and principles of equity and health</i>	Documento de discussão	World Health Organization Regional Office for Europe	Equidade em saúde, Equidade em cuidados de saúde, Determinantes de saúde

Quadro 2 – Estudos selecionados na Revisão Sistemática da Literatura

3.2.5. Análise e apresentação dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio do agrupamento dos estudos conforme as variáveis definidas na fase anterior de coleta de dados. Inicialmente, os artigos foram agrupados em: (i) estudos com definições explícitas de equidade em saúde (40 estudos), e (ii) estudos com definições implícitas de equidade em saúde (10 estudos) e apresentados em dois quadros (QUADROS 3 e 4). Paralelamente, foi realizada uma análise temática a fim de compreender o contexto em que cada um se insere quanto à definição de equidade em saúde. A partir da

identificação desses diferentes contextos, os estudos foram organizados conforme domínios temáticos e divididos em blocos (QUADRO 5). Os domínios temáticos identificados foram: (i) O conceito epistemológico de equidade em saúde; (ii) Equidade em saúde como justiça social; (iii) Acesso como elemento constituinte da equidade em saúde; (iv) Equidade sob o ponto de vista do direito à saúde e da democracia; (v) Equidade em saúde vista pelos determinantes sociais; (vi) Equidade na estrutura de poder; (vii) Políticas, programas, ações e práticas de equidade em saúde; e, (viii) A equidade em saúde na agenda de pesquisa e na produção científica.

Inicialmente, os estudos relacionados ao direito à saúde e à democracia foram separados em dois blocos temáticos (direito à saúde e democracia). Após análise dos trabalhos, identificou-se que os assuntos se inter-relacionam, sendo temas primário ou secundário em todos os estudos do domínio. Logo, julgou-se válido unir os dois temas em um bloco. O bloco relativo aos determinantes da saúde compreende diversos subtemas, que foram reunidos sob o prisma das influências do mundo social na saúde. Esse domínio temático, juntamente ao tema de programas, políticas, ações e práticas de equidade em saúde, resultou nos maiores números de estudos na busca. Muitos dos resultados correspondem a estudos de caso ou comparações de casos, que foram excluídos conforme exposto acima. A abordagem desses estudos faz-se, em geral, pela perspectiva de minorias ou de grupos populacionais em desvantagem ou situação de vulnerabilidade, como a comparação entre brancos e negros nos Estados Unidos, trabalhadores rurais e urbanos na China, mães solteiras, população LGBT, entre outros. Vale ressaltar que a quase totalidade dos estudos selecionados na revisão sistemática cita os determinantes de saúde, visto que o reconhecimento de que tais determinantes existem é inerente à própria noção de saúde (entendida para além da ausência de doença) e amplamente aceito na literatura como uma das causas da importância de se estudar equidade em saúde. Os estudos incluídos nesse bloco, no entanto, diferenciam-se dos demais por tomarem os determinantes sociais como objeto de estudo e não como um elemento de segundo plano na análise da equidade em saúde.

Assim como o tema “determinantes sociais da saúde”, o tema “acesso” (e em menor escala “utilização”) foi citado em grande parte dos estudos selecionados. No entanto, foram incluídos apenas três estudos nesse domínio temático, pois, enquanto a maioria dos estudos menciona o acesso como mais um aspecto a ser observado na equidade, dois desses artigos focam-se no acesso e tomam-no como central no estudo da equidade em saúde e, por conseguinte, na sua definição, e o terceiro analisa o acesso quanto a uma forma de equidade

(horizontal). Além disso, foram levantados outros estudos com foco no acesso, mas tais estudos tratavam a equidade em saúde como secundária ou mínima, ou faziam uma análise quantitativa de equidade no acesso. Ambas abordagens não contribuem para a definição do termo e os estudos foram excluídos.

O primeiro bloco (O conceito epistemológico da equidade em saúde) e o último bloco (A equidade em saúde na agenda de pesquisa e na produção científica) mesclavam-se e cogitou-se reunir todos os estudos em um único bloco. No entanto, após análise, identificou-se a necessidade de separá-los em razão da proposta que apresentam: os estudos do primeiro bloco oferecem definições explícitas de equidade em saúde com o objetivo de formação de conceito; apresentam teorias inéditas sobre a equidade em saúde, muitas das quais tornam-se referência na literatura, ou tomam bases teóricas já existentes mas apresentam novas abordagens na análise e conceituação da equidade. Já os estudos do domínio de agenda de pesquisa e produção científica tratam de um momento posterior da literatura de equidade em saúde: seguem tanto uma abordagem de análise e revisão do que a literatura já produziu, quanto uma análise de perspectivas, áreas de oportunidade e lacunas na agenda de pesquisa sobre o tema. Assim, ao passo que os estudos do primeiro bloco “*set the ground*” para o conceito da equidade em saúde, o último bloco faz uma análise do decorrido e do que há por vir na literatura – não à toa, tal bloco engloba os textos mais recentes e foi posto por último a fim de oferecer um panorama geral diante dos achados nos domínios temáticos apresentados anteriormente.

Vale ressaltar que a equidade, em todos os domínios temáticos, pode corresponder tanto à equidade em saúde quanto à equidade em cuidados de saúde e suas definições são diferenciadas na análise dos textos.

Nº	Autor (Ano)	Título
1	Ruano, A.L.; Shadmi, E.; Furler, J.; Rao, K.; Sebastián, M.S.; Uribe, M.V.; Shi, L. (2017)	<i>Looking forward to the next 15 years: innovation and new pathways for research in health equity</i>
2	Siqueira, S.A.V.; Hollanda, E.; Motta, J.I.J. (2017)	<i>Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde</i>
3	Corgozinho, M.; Oliveira, A. de (2016)	<i>Equidade em saúde como marco ético da bioética</i>
4	de Barros, F.; de Sousa, M. (2016)	<i>Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS</i>

5	Jarris, P.; Savage-Narva, Y.; Valdes Lupi, M. (2016)	<i>Promoting health equity and optimal health for all</i>
6	Lane, H.; Sarkies, M.; Martin, J.; Haines, T. (2016)	<i>Equity in healthcare resource allocation decision making: A systematic review</i>
7	Penman-Aguilar, A.; Talih, M.; HUang, D.; Moonesinghe, R.; Bouye, K.; Beckles, G. (2016)	<i>Measurement of health disparities, health inequities, and social determinants of health to support the advancement of health equity</i>
8	Ribeiro, C. D. (2016)	<i>Justiça social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos fundamentos</i>
9	Souto, K. M. B.; Sena, A. G. N.; Pereira, V. O. de M.; Santos, L. M. dos (2016)	<i>Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa?</i>
10	Hall, M.; Graffunder, C.; Metzler, M. (2015)	<i>Policy approaches to advancing health equity</i>
11	Kumanyika, S. (2015)	<i>Health Equity is the issue we have been waiting for</i>
12	Richardson, L. D. (2015)	<i>Integrating Health Equity into practice and policy</i>
13	Taillepierre, J. C. D.; Liburd, L.; O'Connor, A.; Valentine, J.; Bouye, K.; McCree, D. H.; Chapel, T.; Hahn, R. (2015)	<i>Toward achieving health equity: emerging evidence and program practice</i>
14	Braveman, P.; Gruskin, S. (2014)	<i>What is health equity: and how does a life-course approach take us further forward it?</i>
15	de Azevedo, L. M. N. (2013)	<i>Igualdade e equidade: qual a medida de justiça social?</i>
16	Eide, A. H.; Amin, H.; MacLachlan, M.; Mannan, H.; Schneider, M. (2013)	<i>Addressing equitable health of vulnerable groups in international health documents</i>
17	Granja, G.; Zoboli, E.; Fraccoli, L. (2013)	<i>O discurso dos gestores sobre equidade: um desafio para o SUS</i>
18	Assis, M.; Jesus, W. (2012)	<i>Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise</i>
19	Sanchez, R.; Ciconelli, M. (2012)	<i>Conceitos de acesso à saúde</i>
20	Whitehead, M. (2012)	<i>Waving or drowning? A view of health equity from Europe</i>
21	Braveman, P. (2010)	<i>Social conditions, health equity and human rights</i>
22	Coelho, I. (2010)	<i>Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil</i>
23	Ritsatakis, A. (2009)	<i>Equity and social determinants of health at a city level</i>
24	Vieira da Silva, L.; Almeida Filho, N. (2009)	<i>Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos</i>

25	Souza, R. R. de (2008)	<i>Políticas e práticas de saúde e equidade</i>
26	Dahlgren, G.; Whitehead, M. (2007)	<i>Policies and strategies to promote social equity in health</i>
27	Braveman, P. (2006)	<i>Health disparities and health equity: concepts and measurement</i>
28	Starfield, B. (2006)	<i>State of the art in research on equity in health</i>
29	Braveman, P.; Gruskin, S. (2003)	<i>Poverty, equity, human rights and health</i>
30	Viana, A. L.; Fausto, M.C.R.; Lima, L.D. (2003)	<i>Política de saúde e equidade</i>
31	Braveman, P.; Gruskin, S. (2002)	<i>Defining equity in health</i>
32	Macinko, J.; Starfield, B. (2002)	<i>Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001</i>
33	Sen, A. (2002)	<i>Why health equity?</i>
34	Starfield, B. (2001)	<i>Improving Equity in Health: a Research Agenda</i>
35	Duarte, M. C. R. (2000)	<i>Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?</i>
36	Mooney, G.; Jan, S. (1997)	<i>Vertical equity: weighting outcomes? Or establishing procedures?</i>
37	Standing, H. (1997)	<i>Gender and equity in health sector reform programmes: a review</i>
38	Jardanovski, E.; Guimarães, P. (1993)	<i>O desafio da equidade no setor da saúde</i>
39	Taylor, C. E. (1992)	<i>Surveillance for equity in Primary Health Care: Policy implications from international experience</i>
40	Whitehead, M. (1992)	<i>The concepts and principles of equity and health</i>

Quadro 3 – Relação de estudos de definição explícita

Nº	Autor (Ano)	Título
1	Albrecht, C.; Rosa, R.; Bordin, R. (2017)	<i>The concept of equity in scientific production in health: a review</i>
2	Barreto, M. (2017)	<i>Desigualdades em saúde: uma perspectiva global</i>

3	Brolan, C.E.; Forman, L.; Dagron, S.; Hammonds, R.; Waris, A.; Latif, L.; Ruano, A.L. (2017)	<i>The right to health of non-nationals and displaced persons in the sustainable development goals era: challenges for equity in universal health care</i>
4	Carrapato, P.; Correia, P.; Garcia, B. (2017)	<i>Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde</i>
5	Friedman, E.A.; Gostin, L. O. (2017)	<i>From local adaptation to activism and global solidarity: framing a research and innovation agenda towards true health equity</i>
6	Dean, H. D.; Roberts, G.W.; Bouye, K.E.; Green, Y.; McDonald, M. (2015)	<i>Sustaining a focus on health equity at the centers for disease control and prevention through organizational structures and functions</i>
7	Goldberg, D. (2015)	<i>On the very idea of health equity</i>
8	Gusmano, M. K.; Weisz, D.; Rodwin, V. G. (2009)	<i>Achieving horizontal equity: must we have a single-payer health system?</i>
9	Navarro, V. (1999)	<i>Health and equity in the world in the era of "globalization"</i>
10	Lindbladh, R.; Lyttkens, C.H.; Hanson, B. S.; Ostergren, P. O. (1998)	<i>Equity is out of fashion? An essay on autonomy and health policy in the individualized society</i>

Quadro 4 – Relação de estudos de definição implícita

Domínio Temático	Autor (Ano)	Título
1. O conceito epistemológico de equidade em saúde	Braveman, P. (2006)	<i>Health disparities and health equity: concepts and measurement</i>
	Braveman, P.; Gruskin, S. (2002)	<i>Defining equity in health</i>
	Macinko, J.; Starfield, B. (2002)	<i>Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001</i>
	Whitehead, M. (1992)	<i>The concepts and principles of equity and health</i>
2. Equidade em saúde como justiça social	Ribeiro, C. D. (2016)	<i>Justiça social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos fundamentos</i>
	Corgozinho, M.; Oliveira, A. de (2016)	<i>Equidade em saúde como marco ético da bioética</i>
	de Azevedo, L. M. N. (2013)	<i>Igualdade e equidade: qual é a medida da justiça social?</i>
	Vieira da Silva, L.; Almeida Filho, N. (2009)	<i>Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos</i>

	Sen, A. (2002)	<i>Why health equity?</i>
	Mooney, G.; Jan, S. (1997)	<i>Vertical equity: weighting outcomes? Or establishing procedures?</i>
	Jardanovski, E.; Guimarães, P. (1993)	<i>O desafio da equidade no setor da saúde</i>
3. Acesso como elemento constituinte da equidade em saúde	Assis, M.; Jesus, W. (2012)	<i>Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise</i>
	Sanchez, R.; Ciconelli, M. (2012)	<i>Conceitos de acesso à saúde</i>
	Gusmano, M. K.; Weisz, D.; Rodwin, V. G. (2009)	<i>Achieving horizontal equity: must we have a single-payer health system?</i>
4. Equidade sob o ponto de vista do direito à saúde e da democracia	de Barros, F.; de Sousa, M. (2016)	<i>Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS</i>
	Souto, K. M. B.; Sena, A. G. N.; Pereira, V. O. de M.; dos Santos, L. M. (2016)	<i>Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa?</i>
	Coelho, I. (2010)	<i>Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil</i>
	Souza, R. R. de (2008)	<i>Políticas e práticas de saúde e equidade</i>
	Duarte, M. C. R. (2000)	<i>Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?</i>
5. Equidade vista pelos determinantes sociais	Carrapato, P.; Correia, P.; Garcia, B. (2017)	<i>Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde</i>
	Braveman, P.; Gruskin, S. (2014)	<i>What is health equity: and how does a life-course approach take us further forward it?</i>
	Eide, A. H.; Amin, H.; MacLachlan, M.; Mannan, H.; Schneider, M. (2013)	<i>Addressing equitable health of vulnerable groups in international health documents</i>
	Braveman, P. (2010)	<i>Social conditions, health equity and human rights</i>
	Ritsatakis, A. (2009)	<i>Equity and social determinants of health at a city level</i>

	Braveman, P.; Gruskin, S. (2003)	<i>Poverty, equity, human rights and health</i>
	Standing, H. (1997)	<i>Gender and equity in health sector reform programmes: a review</i>
6. Equidade na estrutura de poder	Barreto, M. (2017)	<i>Desigualdades em saúde: uma perspectiva global</i>
	Navarro, V. (1999)	<i>Health and equity in the world in the era of "globalization"</i>
	Lindbladh, R.; Lyttkens, C.H.; Hanson, B. S.; Ostergren, P. O. (1998)	<i>Equity is out of fashion? An essay on autonomy and health policy in the individualized society</i>
7. Políticas, programas, ações e práticas de equidade em saúde	Brolan, C.E.; Forman, L.; Dagron, S.; Hammonds, R.; Waris, A.; Latif, L.; Ruano, A.L. (2017)	<i>The right to health of non-nationals and displaced persons in the sustainable development goals era: challenges for equity in universal health care</i>
	Siqueira, S.A.V.; Hollanda, E.; Motta, J.I.J. (2017)	<i>Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde</i>
	Jarris, P.; Savage-Narva, Y.; Valdes Lupi, M. (2016)	<i>Promoting health equity and optimal health for all</i>
	Penman-Aguilar, A.; Talih, M.; Huang, D.; Moonesinghe, R.; Bouye, K.; Beckles, G. (2016)	<i>Measurement of health disparities, health inequities, and social determinants of health to support the advancement of health equity</i>
	Richardson, L. D. (2015)	<i>Integrating Health Equity into practice and policy</i>
	Hall, M.; Graffunder, C.; Metzler, M. (2015)	<i>Policy approaches to advancing health equity</i>
	Taillepierre, J. C. D.; Liburd, L.; O'Connor, A.; Valentine, J.; Bouye, K.; McCree, D. H.; Chapel, T.; Hahn, R. (2015)	<i>Toward achieving health equity: emerging evidence and program practice</i>
	Dean, H. D.; Roberts, G.W.; Bouye, K.E.; Green, Y.; McDonald, M. (2015)	<i>Sustaining a focus on health equity at the centers for disease control and prevention through organizational structures and functions</i>
	Granja, G.; Zoboli, E.; Fraccoli, L. (2013)	<i>O discurso dos gestores sobre equidade: um desafio para o SUS</i>

	Whitehead, M. (2012)	<i>Waving or drowning? A view of health equity from Europe</i>
	Dahlgren, G.; Whitehead, M. (2007)	<i>Policies and strategies to promote social equity in health</i>
	Viana, A. L.; Fausto, M.C.R.; Lima, L.D. (2003)	<i>Política de saúde e equidade</i>
	Taylor, C. E. (1992)	<i>Surveillance for equity in Primary Health Care: Policy implications from international experience</i>
8. A equidade em saúde na agenda de pesquisa e na produção científica	Albrecht, C.; Rosa, R.; Bordin, R. (2017)	<i>The concept of equity in scientific production in health: a review</i>
	Ruano, A.L.; Shadmi, E.; Furler, J.; Rao, K.; Sebastián, M.S.; Uribe, M.V.; Shi, L. (2017)	<i>Looking forward to the next 15 years: innovation and new pathways for research in health equity</i>
	Friedman, E.A.; Gostin, L. O. (2017)	<i>From local adaptation to activism and global solidarity: framing a research and innovation agenda towards true health equity</i>
	Lane, H.; Sarkies, M.; Martin, J.; Haines, T. (2016)	<i>Equity in healthcare resource allocation decision making: A systematic review</i>
	Goldberg, D. (2015)	<i>On the very idea of health equity</i>
	Kumanyika, S. (2015)	<i>Health equity is the issue we have been waiting for</i>
	Starfield, B. (2006)	<i>State of the art in research on equity in health</i>
	Macinko, J.; Starfield, B. (2001)	<i>Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001</i>
	Starfield, B. (2001)	<i>Improving Equity in Health: a Research Agenda</i>

Quadro 5 – Relação de estudos conforme domínio temático

Diante desses dois critérios de segmentação dos estudos (definições explícitas ou implícitas e domínios temáticos), foi feito um cruzamento para identificar se determinado domínio temático englobava apenas estudos de definição explícita ou implícita (GRÁFICO 1), de

modo a estabelecer uma relação entre as definições de equidade em saúde e os conceitos e teorias utilizados, ou seja, quais conceitos e teorias são essenciais para a definição de equidade em saúde, quais apenas contribuem para a sua compreensão ou mesmo se essa relação não traz informações relevantes para deduzir se determinado tema é fundamental para a definição de equidade em saúde. Essa análise é apresentada no capítulo quinto, no qual os achados de cada domínio são discutidos.

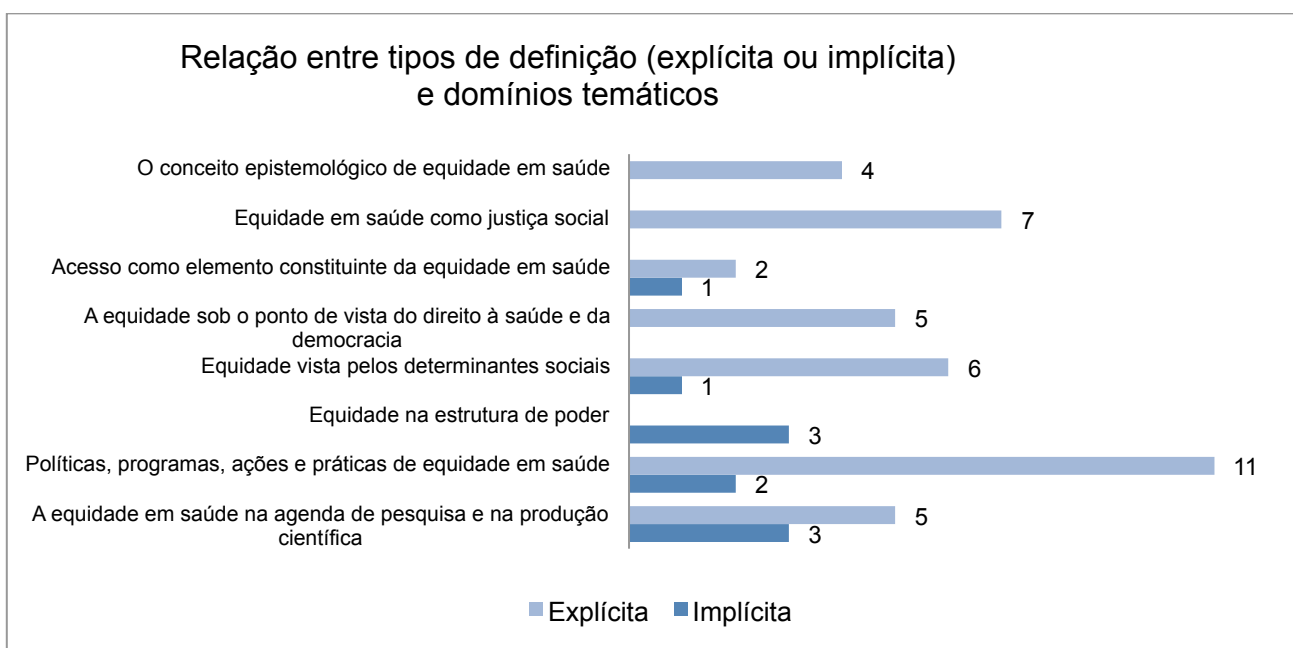


Gráfico 1 – Relação entre tipos de definição (explícita ou implícita) e domínios temáticos
Fonte: Elaboração própria.

3.2.6. Interpretação dos dados

A etapa de interpretação dos dados consiste em avaliar a força da evidência encontrada e a aplicabilidade dos resultados. Em uma revisão sistemática de estudos clínicos isto corresponde a determinar o grau de recomendação e o nível de evidência dos resultados após análise criteriosa do desenho metodológico, dos resultados e da conclusão. Tais procedimentos

são comumente utilizados em pesquisas de medicina baseada em evidência, nas quais são utilizadas as categorias acima apresentadas: população, intervenção, comparação, resultado e tipo de estudo (PICOS), a fim de determinar os limites entre os benefícios e riscos das evidências resultantes da intervenção para a população bem como avaliar seu nível de incerteza.

Apresentada adiante no quinto capítulo, a interpretação dos dados buscou compreender quais conceitos e teorias são mobilizados nos estudos de definição explícita e implícita, como exposto no Quadro 4. A interpretação dos dados também levou em consideração a metodologia utilizada. Paralelamente a essa análise da relação entre as definições de equidade em saúde, sejam explícitas ou implícitas, e as teorias e conceitos utilizados, a interpretação dos dados também buscou identificar mudanças na conceituação de equidade em saúde tanto ao longo de tempo, quanto de acordo com o local da publicação, de modo a compreender se há alguma relação espaço-temporal com as definições encontradas.

A partir dessa análise, a segunda fase da interpretação relaciona esses resultados da revisão sistemática com a literatura apresentada anteriormente sobre os conceitos de justiça, igualdade, ética, desigualdade e vulnerabilidade, a fim de identificar quais aspectos de outras áreas do conhecimento a equidade em saúde utiliza. Também foram examinados possíveis problemas e limites de algumas conceituações bem como oportunidades, seja na produção científica sobre o tema ou na formulação de políticas públicas de equidade em saúde. Por fim, buscou-se identificar possíveis lacunas da literatura sobre equidade em saúde.

3.2.7. Limitações da Revisão Sistemática da Literatura

O método de Revisão Sistemática da Literatura apresenta algumas desvantagens, que impuseram algumas limitações para a pesquisa e que devem ser expostas. Conforme Atallah e Castro (1997), a elaboração de uma Revisão Sistemática consome tempo (de 3 meses a um ano), sendo “praticamente impossível fazer uma revisão sistemática sozinho, pois são necessários pelo menos dois profissionais para avaliar os ensaios clínicos” (ATALLAH; CASTRO, 1997, p. 25). Apesar da presente pesquisa não avaliar ensaios clínicos, mesmo em pesquisas com estudos da literatura publicados, a fase de seleção e avaliação crítica dos estudos é normalmente realizada

por dois ou mais pesquisadores individualmente, para subsequente comparação dos estudos selecionados. Em alguns casos onde não há consenso quanto aos estudos selecionados, há envolvimento de um terceiro pesquisador. Posteriormente, a seleção é discutida com os demais investigadores da pesquisa (LANE *et al.*, 2017). A multiplicidade de olhares de diferentes pesquisadores envolvidos na pesquisa garante uma melhor precisão nos resultados por meio de uma estratégia de busca e processo de seleção de estudos não tendenciosos.

Portanto, é importante destacar que esse processo de análise e seleção dos estudos para a presente pesquisa não envolveu uma verificação por outro pesquisador, nem foi concluída por meio de um consenso em um grupo de investigadores. A definição dos domínios temáticos poderia ser questionada na perspectiva de outro pesquisador ou grupo de pesquisadores. A realização de uma revisão sistemática por um único investigador poderia também apresentar algumas limitações na interpretação e entendimento dos artigos selecionados, visto que não há a fase de discussão e refinamento dos domínios temáticos, como em pesquisas realizadas em grupos.

4. O CONCEITO DE EQUIDADE EM SAÚDE

O conceito de equidade é discutido em diversas áreas do conhecimento, tanto em seu sentido epistemológico quanto por uma abordagem aplicada. A equidade em saúde, por sua vez, tem princípios derivados desses diferentes campos de conhecimento, como economia, filosofia, ética, medicina, saúde pública, sociologia, entre outros (MACINKO; STARFIELD, 2002). Assim, a fim de definir a equidade em saúde é preciso antes examinar a própria noção de equidade nessas outras áreas, pois essa análise contribui para compreender em quais aspectos a equidade em saúde aproxima-se ou distancia-se de conceitos oriundos de outras ciências.

O debate sobre a equidade em saúde data desde a literatura sobre a relação entre classes sociais e saúde, em pauta há pelo menos um século e meio (STARFIELD, 2001, p. 548), ganhando notoriedade na agenda internacional nas décadas de 1970 e 1980, principalmente em razão da “*Global Strategy for Health for All by the Year 2000*”, formulada pela OMS que visa a promoção de ações de saúde com base em necessidades para todos (VIANA *et al.*, 2003, p. 59). A literatura sobre a equidade, por outro lado, data desde os filósofos gregos, com Aristóteles como precursor desse debate. Nela, conceitos de justiça, igualdade e ética, originários da filosofia, inter-relacionam-se e, como veremos adiante, também são trazidos para o conceito de equidade em saúde pelos elementos moral e ético presentes em muitas de suas definições.

Amartya Sen (1979) afirma que, para analisar uma teoria moral, não se deve partir do geral para o particular, mas do geral para o mais geral, nomeando tal método de *prior-principle critique* (SEN, 1979, p. 198). O autor defende que se deve examinar a consistência de um princípio com outro princípio que seja considerado mais fundamental (*Ibid*, p. 197). Diferentes interpretações da equidade em saúde tomam como referência termos da literatura de filosofia do direito, filosofia da economia, ciência política e sociologia, como: justiça, igualdade, ética, moral, desigualdade e vulnerabilidade. Assim, como alguns dos estudos de equidade em saúde usam esses termos sem detalhar seus significados, antes de partir para a análise da revisão sistemática, esses conceitos são examinados através literatura sobre o tema, de modo a compreender a equidade por meio de conceitos prévios mais abrangentes, partindo “do geral para o mais geral”.

4.1. Panorama descritivo conceitual da equidade em outros campos do conhecimento

4.1.1. A dimensão de justiça, igualdade e ética na equidade

Com origem na filosofia, a ideia de equidade enquanto justiça tem como principal precursor Aristóteles e é entendida no sentido de justiça corretiva. Para o autor, a justiça corretiva permeia as transações entre os indivíduos ao corrigir relações de desigualdade de modo a restabelecer o equilíbrio rompido entre as partes e se alcançar “a igualdade aritmética” (BITTAR, 2005, p. 101). Em outras palavras, a equidade não é a justiça segundo a lei, mas a justiça da Justiça Legal, que, ao ocasionar injustiça precisa ser corrigida. Para o autor, “se, então, o injusto é iníquo, o justo é equitativo” (ARISTÓTELES, 2002, p. 108); desse modo, equidade e justiça “são a mesma coisa, embora a equidade seja melhor” (*Ibid.*, p. 125).

A noção de justiça, no entanto, é diferenciada da equidade por John Rawls (1999; 2001). Apesar de falar em “justiça como equidade”, justiça no sentido de *justice* não é o mesmo que equidade no sentido de *fairness*; a equidade seria uma forma de justiça por meio de uma desigualdade justa. Para o autor, “a equidade dá-se quando do momento inicial em que se definem as premissas com as quais se construirão as estruturas institucionais da sociedade” (BITTAR, 2005, p. 389). O momento inicial, nesse caso, consiste na pactuação do contrato social - aqui entendido num sentido hipotético, com influências rousseauianas e kantianas, mas sem suas premissas naturalistas ou metafísicas - caracterizada por uma igualdade inicial entre os pactuantes para se definir direitos e deveres e determinar a estrutura fundamental da sociedade. Essa posição de igualdade inicial é marcada pelo “véu da ignorância”, no qual os pactuantes não têm conhecimento de fatores que possam causar desigualdades, como classe social, mas têm consciência das justiças e injustiças que as instituições podem produzir. Assim, a justiça em Rawls é pensada na justiça e injustiça das instituições (*Ibid.*, p. 390).

Em sua consolidada Teoria da Justiça, Rawls (1999) toma a justiça como uma propriedade de base geral dentre as características naturais dos seres humanos. Para o autor, essa propriedade de base geral que alicerça a igualdade entre os homens consiste no senso de justiça ou na personalidade moral, e é nisso que está fundamentada a igualdade. No entendimento de

uma justiça contratualista, o autor parte da necessidade de igualdade de oportunidades e de distribuição de bens e serviços de necessidades básicas por vias institucionais. Para ele, a estrutura básica da sociedade é o objeto primário da justiça, ou seja, a maneira pela qual as instituições sociais distribuem direitos e deveres fundamentais, que determinam a divisão de vantagens. Essa estrutura básica é composta por diferentes posições sociais, o que confere aos indivíduos condições e expectativas distintas, determinadas pelo sistema político e por condições econômicas e sociais. Tais desigualdades geram o favorecimento de certos pontos de partida em detrimento de outros pelas instituições da sociedade. Rawls defende, portanto, que é sobre essas desigualdades que a justiça social deve atuar, dentro do âmbito das instituições sociais. (RAWLS, 2001).

Perelman (1996), por sua vez, aproxima-se da ideia de justiça de Aristóteles e critica a teoria de Rawls por limitar-se à aplicação da noção de justiça à estrutura de uma sociedade. Para o autor, a ideia de um momento intemporal inicial sem contexto histórico, no qual os pactuantes do contrato social encontram-se em igualdade sob o “véu da ignorância” não é compatível com o papel atribuído aos cidadãos de elaborar uma sociedade justa, pois tanto sociedade quanto cidadãos são parte de um processo histórico (PERELMAN, 1996, p. 245-6). Segundo o autor:

Daí resulta que uma teoria da justiça, como toda teoria filosófica, na medida em que sua elaboração é acompanhada de juízos de valor explícitos, ou pressupõe juízos de valor implícitos, é sempre historicamente situada e é concomitante de um posicionamento que não vale para a eternidade e para toda a sociedade, mas depende do senso comum, de lugares-comuns, de uma dada sociedade. (PERELMAN, 1996, p. 247)

Essa ideia da justiça estar acompanhada de um juízo de valor e estar historicamente situada é também debatida na literatura sobre o conceito de equidade, como veremos adiante pois, ao inserir a noção de justiça em um conceito, é preciso pensar o que se considera justo, e tal consideração carrega valores de uma determinada sociedade, inserida em determinado tempo e espaço. Diante da dificuldade de se definir a justiça formal ou abstrata, o autor busca um elemento comum a todas as fórmulas de justiça, tomando por base a ideia de que “ser justo é tratar da mesma forma os seres que são iguais em certo ponto de vista” (*Ibid.*, 1996, p. 18). Portanto, define a justiça formal ou abstrata como “um princípio de ação segundo o qual os seres de uma mesma categoria essencial devem ser tratados da mesma forma” (*Ibid.*, 1996, p. 19).

Reconhece, no entanto, que se trata de uma definição formal e não se estende sobre o que constitui a categoria essencial, nem como os seres devem ser tratados. Apenas propõe que a justiça é tratar de forma igual, não favorecendo um em relação ao outro. Assim, Perelman define a justiça como formas de distribuição de igualdade. O autor propõe seis concepções de igualdade: (i) a cada qual a mesma coisa, dada pela igualdade absoluta; (ii) a cada qual segundo suas obras, na ideia de igualdade de resultados; (iii) a cada qual segundo seus méritos, dada pela igualdade distributiva, que pode ser derivada na igualdade de oportunidade; (iv) a cada qual segundo a lei, correspondendo à igualdade formal (v) a cada qual segundo suas posições, o que equivale à igualdade aristocrática e hierárquica; e, (vi) a cada qual segundo suas necessidades, o que corresponde à igualdade por caridade (*Ibid.*, 1996, pp. 20-9). Segundo o autor, esta última é relacionada à ideia de equidade e a uma visão social democrata ou *welfarista* de garantia de condições mínimas por um Estado interventor. A obra de Perelman é citada em um estudo selecionado, mas algumas definições de equidade em saúde têm como premissa a concepção de igualdade do autor, apesar de não o referenciarem explicitamente.

Apesar de Perelman não falar em equidade, relacionar as teorias de Aristóteles, Rawls e Perelman leva à intersecção das noções de justiça, igualdade e equidade. A equivalência de equidade à igualdade, no entanto, é amplamente questionada na literatura sobre equidade em saúde e também contraposta ao princípio de isonomia da justiça formal, previsto na Constituição Federal de 1988. Nos “Direitos e Deveres Individuais e Coletivos”, o artigo 5º estabelece que, “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]” (BRASIL, 1988). O princípio da isonomia na Constituição consiste na igualdade no sentido de que todos são governados pela mesma lei. Com base na afirmação de Aristóteles, de que a “natureza do eqüitativo é uma correção da lei quando esta é deficiente em razão da sua universalidade” (ARISTÓTELES, 2002, p. 125), pode-se inferir que a universalidade da lei - podendo ser ela aqui derivada para além da fonte do Direito, mas como ordens normativas da vida social – e o tratamento de todos os indivíduos como iguais podem ocasionar falhas ou injustiças. Nesse sentido, a equidade tem um papel compensador das injustiças da isonomia, diferenciando assim, a equidade da ideia de igualdade.

Há, nesse ponto, uma diferenciação entre a noção de igualdade como tratamento igual na justiça formal e igualdade com fundamento em uma “propriedade de base geral” dentre as

características naturais dos seres humanos de Rawls (1999). Essa propriedade de base geral, na concepção do autor, de justiça contratualista, alicerça a igualdade entre os homens e consiste no senso de justiça ou na personalidade moral. Tal ideia de igualdade entre os homens dada por uma propriedade de base geral é, por outro lado, contestada por Peter Singer (2002), pois o autor não acredita que haja uma característica natural que todos os seres humanos possuam. Por exemplo, bebês, crianças ou pessoas com deficiência intelectual não têm esse sentido de justiça defendido por Rawls. O autor argumenta que a igualdade é um princípio ético fundamental e ao fazer um juízo ético, é preciso considerar os interesses de quem é afetado por tal juízo. É assim que Singer defende que há um princípio fundamental: o princípio da igualdade na consideração de interesses. Segundo o autor, esse princípio “atua como uma balança, pesando os interesses imparcialmente” (SINGER, 2002, p. 31). Desse modo, os indivíduos não são iguais por uma característica natural ou um “enunciado de fatos”, mas a igualdade na consideração de interesses é um “princípio mínimo de igualdade no sentido em que não dita um tratamento igual” (*Ibid.*, p. 33). Apesar de não falar no termo equidade, Singer contribui para o tema pois esse princípio de igualdade na consideração de interesses propõe não tratar todos igualmente, visto que isso diminuiria as diferenças entre indivíduos com diferentes níveis de necessidades (LIMA *et al.*, 2012, p. 539), inserindo, assim, a chave da ética na igualdade.

Para Kant (1980), a ética corresponde a agir segundo o imperativo categórico, ou seja, “segundo uma máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal” (KANT, 1980, p. 129). O agir segundo o imperativo categórico levaria a moralidade do agir individual a tornar-se universal, passando a ser uma lei moral para outros. Esta lei moral é autodeterminada pelo indivíduo: o agir moral não deve ser imposto ao indivíduo, mas este deve impor uma moral a si mesmo, sendo o legislador de sua própria moral. Segundo Kant, a determinação dessa lei moral baseia-se no dever, como uma obrigação moral que requer liberdade, e na boa vontade, em função da qual deve-se agir, ou seja, deve-se agir por respeito ao dever. Nesse sentido, o indivíduo, agindo por respeito ao dever e em função da boa vontade e obedecendo à lei determinada por sua consciência racional e moral segundo o imperativo categórico, é capaz de impor a si mesmo uma moral. Kant não afirma que a equidade é uma das leis morais dadas pelo universalismo do imperativo categórico, mas cabe à consciência racional e moral. Como será apresentado adiante, algumas formas de entendimento de equidade como forma de justiça podem ser relacionadas ao agir moral de Kant, no sentido de que cabe àqueles

que podem e devem cumprir a justiça a busca pela equidade com base no dever como uma obrigação moral e em função da boa vontade.

Em seu livro “Equality”, Bryan Turner (1986), por sua vez, relaciona o conceito de igualdade com equidade. O autor afirma que a “igualdade requer equidade em termos de entrega de um serviço, e o alcance dos níveis desejáveis de eficiência e confiança requer burocracia” (TURNER, 1986, p. 121, tradução da autora). Diferentemente dos demais autores apresentados (Aristóteles, Rawls, Perelman e Singer), Turner, que é sociólogo, analisa a equidade não pelo viés da igualdade no sentido de justiça ou como valor ético moral. Por meio de uma abordagem sociológica, o autor adota a racionalidade weberiana de desenvolvimento capitalista como meio para a igualdade. O autor defende que a “igualdade emerge da luta ativa e consciente de grupos sociais para atingir participação por meio de direitos de cidadania (*Ibid.*, 1986, p. 123, tradução da autora).

Turner sistematiza diferentes abordagens de equidade e propõe quatro tipos conceituais: equidade ontológica, equidade de oportunidade, equidade de condições e equidade de resultados. A equidade ontológica corresponde à igualdade fundamental entre as pessoas, geralmente entendida por abordagens religiosas, marxistas e relativistas, tratando-se de um debate moral, de natureza humana ou religioso. A equidade de oportunidade relaciona-se à teoria social da meritocracia, como uma doutrina política do liberalismo clássico; pressupõe a possibilidade de mobilidade social a partir da igualdade de oportunidades, dada pelos direitos fundamentais universais e a garantia da liberdade e da propriedade. A equidade de condições consiste em um ponto de partida igual, ou seja, diante das mesmas condições, os indivíduos podem competir com base em habilidades e méritos individuais; tal tipo de equidade insere a dimensão das condições de vida na equidade de oportunidade. Por fim, a equidade de resultados corresponde a uma compensação das desigualdades de condições sociais por medidas políticas, tratando-se de um mecanismo de discriminação positiva em favor de grupos menos privilegiados ou desfavorecidos.

4.1.2. A dimensão de desigualdade e vulnerabilidade na equidade

Outra possível abordagem do conceito de equidade é pela diferença, não pela igualdade, por meio da literatura sobre desigualdade e vulnerabilidade. Nesse campo, Bourdieu foi um dos autores que contribuiu para o tema ao analisar as desigualdades sociais na França por meio de duas importantes teorias, a teoria das práticas e a miséria do mundo. Com a teoria das práticas, Bourdieu (1996) expõe as desigualdades sociais em razão do espaço social que os indivíduos ocupam e do capital que carregam - econômico, social, cultural, simbólico ou político – sendo reprodutores de classe. Produtor de distinções, o espaço social organiza as práticas e as representações dos agentes sociais, os quais constroem identidades coletivas, individuais e significação simbólica das coisas. Assim, os significados sociais e os gostos determinados tanto pela dimensão simbólica quanto pelo cotidiano dos indivíduos estão relacionados à estrutura do espaço social, constituído pela estratificação de classes. Nesse sentido, o autor apresenta o conceito de *habitus*: “sistema de disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes” (BOURDIEU, 2007, p. 191), que geram práticas distintas e distintivas (*Id.*, 1996, p. 22), inseridas em uma subjetividade socializada (WACQUANT; BOURDIEU, 1995, p. 87). Tal subjetividade gera distinções e classificações e “retraduz as características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida unívoco”, agindo como a estrutura estruturante. Essa ideia requer compreender que “a realidade social existe por assim dizer duas vezes, nas coisas e nos cérebros, nos campos e nos *habitus*, no exterior e no interior dos agentes” (*Ibid.*, 1995, p. 88).

Já por meio de seu estudo sobre as misérias do mundo, o autor apresenta as desigualdades sociais e a exclusão social na França e no mundo expondo suas misérias. A “miséria de posição” (BOURDIEU, 2008, p. 13) consiste na interação social no interior de microcosmos sociais, ou seja, indivíduos ocupando posições sociais inferiores em um mundo de prestígio e privilégio vivenciam um sofrimento em razão de seu status social. Essa miséria de posição está inserida na grande miséria, associada ao desemprego, criminalidade violenta e sintomas mórbidos e comportamentos patogênicos, que também se relaciona à desmoralização coletiva e individual (*Ibid.*, 2008, p. 169). A miséria coletiva fere “todos aqueles que estão amontoados nos lugares de rejeição social, onde as misérias de cada um são redobradas por todas as misérias nascidas da coexistência e da coabitação de todos os miseráveis e [...] do efeito de destino que está inscrito na pertença a um grupo estigmatizado” (*Ibid.*, 2008, p. 85). Tanto a

noção de *habitus* quanto de misérias são utilizadas pelo autor na reflexão sobre o papel da escola na reprodução social. Bourdieu analisa como o acesso ao ensino não é suficiente para ter sucesso nele; diz ainda que, tampouco o sucesso na escola é suficiente para ter acesso às posições sociais. Os diferentes níveis de capitais que os educandos carregam colocam-nos em níveis de desigualdade nas escolas, e a visão de que o fracasso escolar só pode ser atribuído às deficiências pessoais dos “excluídos” (*Ibid.*, 2008, p. 481) perpetua essas desigualdades. Assim, Bourdieu afirma que:

Tratando a todos os educandos, por mais desiguais que eles sejam de fato, como iguais em direitos e deveres, o sistema escolar é levado a dar sua sanção às desigualdades iniciais diante da cultura. A igualdade formal que pauta a prática pedagógica serve como máscara e justificação para a indiferença no que diz respeito às desigualdades reais diante do ensino e da cultura transmitida, ou, melhor dizendo, exigida. (BOURDIEU, 1999, p. 53).

Diante disso, Bourdieu afirma que, para mudar o *habitus* social nas escolas, há que reformar um sistema de ensino globalmente deficiente, passar da lógica da responsabilidade pessoal de culpabilização da vítima para a responsabilidade coletiva, e substituir as causas consideradas naturais (como dom e gosto) por causas dadas por fatores sociais. Essas noções podem ser derivadas para a ideia de equidade, como será apresentado na análise dos estudos da revisão sistemática, visto que consideram fatores sociais determinantes para a ocorrência de desigualdades, que não devem ser de responsabilidade individual. Além disso, o autor aponta para os problemas que a igualdade de tratamento apresenta na resolução da desigualdade, pois, havendo desigualdades iniciais (dadas pelos diferentes capitais), a igualdade formal pode perpetuar tais desigualdades.

Os estudos de desigualdade de Amartya Sen também são pertinentes ao debate sobre equidade. Diversas obras do autor, e em especial seu livro “A desigualdade reexaminada”, são referenciadas na literatura sobre equidade em saúde. Além disso, o próprio autor escreve sobre o tema, inclusive com um texto selecionado na revisão sistemática da literatura. Seus estudos sobre a relação entre desigualdade, justiça e bem-estar e sua teoria das capacidades são bases teóricas que contribuem para a compreensão da equidade. No estudo da economia do bem-estar sobre a desigualdade, Sen (1992) apresenta as noções de insuficiências, aproveitamento e potenciais para explicar a avaliação da vantagem individual. O autor afirma que “a igualdade entre as pessoas pode ser definida em termos de aproveitamentos ou em termos de insuficiências com relação aos

valores máximos que cada uma pode respectivamente realizar” (SEN, 1992, p. 149). Na igualdade de aproveitamento, compara níveis efetivos de realização, correspondendo à igualdade nos níveis absolutos de realização. Já na igualdade de insuficiência, compara insuficiências das realizações efetivas com relação às respectivas realizações máximas, o que corresponde ao uso igual dos respetivos potenciais. No entanto, diante da diversidade humana, Sen afirma que é impossível igualar o que é potencialmente realizável. Se um indivíduo tem um potencial de realização máxima maior que a de outro, a igualdade de aproveitamento colocaria o primeiro indivíduo abaixo de sua realização potencial.

A dificuldade de se realizar a igualdade de aproveitamento, no entanto, não deve levar à escolha pela igualdade de insuficiência. Seria possível também haver uma política de igualdade de aproveitamento no sentido de direcionar a uma “igualdade de nível baixo” para todos (como um “nivelamento por baixo”), visto que a igualdade seria estabelecida pela realização máxima daqueles com menor potencial de realização (*Ibid.*, 1992, p.151). No entanto, Sen defende que não é preciso escolher nem a igualdade de insuficiência, que coloca aqueles com altos funcionamentos máximos em igual nível de insuficiência dos com baixos funcionamentos máximos, nem a política de igualdade de aproveitamento e fazer um nivelamento por baixo das realizações. É possível escolher a igualdade de aproveitamento e ainda maximizar o menor potencial para realizar funcionamentos, e o mecanismo para tal é a equidade. Sen afirma que a privação que gera insuficiências naqueles com menor potencial para realizar funcionamentos reside no campo da capacidade. Nesse sentido, ele afirma que o princípio de Rawls de justiça, de focalização nos menos favorecidos por razões de equidade (*fairness*), “fornece uma razão suficiente para levar a sério as exigências da igualdade de aproveitamento mesmo quando as realizações máximas são bem diversas” (*Ibid.*, 1992, p. 151). Acrescenta ainda que, “o argumento para manter o interesse em mover-se na direção da igualdade de aproveitamento pode sobreviver às dificuldades em realizá-la *completamente*” (*Ibid.*, 1992, p. 152). A partir disso, pode-se inferir que, entre fazer um nivelamento por baixo, colocando todos à condição de quem menos realiza (*the lowest achiever*), dada pela igualdade de aproveitamento, e fazer um nivelamento pela igualdade de insuficiências, na qual os que têm maiores funcionamentos máximos ficam aquém de seu potencial, o autor defende a igualdade de aproveitamento, mas não pela abordagem do *lowest achiever*. Assim, Sen afirma que é possível buscar a igualdade de aproveitamento tomando o maior potencial como régua para nivelamento e maximizar o menor potencial para realizar os

funcionamentos por meio da equidade, mesmo que esse mecanismo não leve a uma igualdade completa.

Esse posicionamento de Sen baseia-se na possibilidade de garantir um nível de bem-estar que não seja fixado pelo nível mais baixo, levando aqueles com maiores potenciais a não os exercerem. Assim, em razão da existência de desigualdades entre os indivíduos e da impossibilidade de igualdade completa do que é potencialmente realizável, uma igualdade plena poderia ser alcançada pelo nível mais baixo. No entanto, o autor defende que é preferível ter uma igualdade não completamente eficiente do que uma igualdade completa pelo nivelamento por baixo. Em termos de justiça, pode-se chegar perto dessa igualdade de aproveitamentos pela equidade. Essa teoria está relacionada à ideia tanto das desigualdades e do bem-estar quanto das capacidades de Sen. No reconhecimento de que indivíduos são desiguais, ele analisa como teorias de igualdade tratam essas desigualdades, a propósitos de justiça. O utilitarismo baseia-se na concepção utilitária de bens aplicados a problemas de distribuição, tendo como objetivo “maximizar a soma total de utilidades independente de distribuição, mas que requer a igualdade da utilidade marginal para todos – utilidade marginal sendo a utilidade incremental que cada pessoa receberia de uma unidade adicional do bem” (SEN, 1979, pp. 198-9, tradução da autora). O “welfarismo” (no sentido de igualdade de utilidade total) é a “visão de que os bens de uma situação podem ser julgados inteiramente pelos bens das utilidades nessa situação” (*Ibid.*, 1979, p. 205). Assim, o utilitarismo é uma forma de “welfarismo”. Este não requer que os bens das utilidades sejam julgados pela sua soma total e, diferentemente do utilitarismo, o “welfarismo” pode tomar o nível de utilidade dos que estão em pior situação como critério para julgar os bens da situação.

Sen rejeita tanto a abordagem utilitarista quando a welfarista e apresenta a de capacidades como a que melhor trata as desigualdades. Para propósitos de justiça e no tratamento das desigualdades, a abordagem utilitarista não faz nada pelas pessoas com desvantagem em termos tanto de utilidade total quanto marginal. Em razão da sua única preocupação ser a maximização da utilidade total, a eficiência superior de uma pessoa em produzir utilidade poderia até tirar parte da utilidade de outra pessoa menos eficiente (*Ibid.*, 1979, p. 203). A abordagem welfarista, de tomar o nível dos que estão em pior situação como critério para julgar os bens da situação, pode dar tratamento preferencial e melhorar a situação destes indivíduos que têm os piores níveis. No entanto, não melhoraria a situação das pessoas que, apesar de terem baixos

níveis de utilidade total, não estão na pior situação. Assim, o autor apresenta a noção de capacidades básicas, ou seja, “uma pessoa ser capaz de fazer certas coisas básicas” (*Ibid.*, 1979, p. 218). Para além da distribuição de bens como princípio de justiça (como argumenta Rawls), Sen questiona o que tais bens fazem para os indivíduos (no sentido de para que servem). A existência de diferenças entre as pessoas leva a diferentes formas de conversão de bens em capacidades. A distribuição de bens como forma de equalização não corresponde necessariamente à igualdade de capacidades. De acordo com o ele, o que está em discussão são as necessidades dos indivíduos em termos de capacidades básicas. O autor reconhece que há dificuldades quanto à noção de igualdade de capacidades básicas, como a determinação do escopo de capacidades básicas. No entanto, afirma que, para a determinação desse escopo, é necessário pensar para além de uma ampla uniformidade de preferências pessoais e incluir também aspectos de importância relativa. Acrescenta que tais aspectos de importância relativa são condicionados pela natureza da sociedade e dependem da cultura da sociedade, principalmente na ponderação das diferentes capacidades (*Ibid.*, 1979, p. 219). Como será explorado adiante, o conceito de capacidades de Sen é utilizado por alguns autores para a definição de equidade em saúde, partindo do reconhecimento de que saúde é uma das mais importantes capacidades básicas.

4.2. Revisão Sistemática: o conceito de equidade em saúde segundo a bibliografia

Conforme apresentado nos resultados da revisão sistemática da literatura no capítulo metodológico, foram selecionados para análise 50 estudos. Destes 50 estudos, 40 apresentam definições explícitas do termo equidade em saúde e 10 apresentam definições implícitas, que tanto já partem de um conceito de equidade em saúde pressuposto para analisar políticas de equidade em saúde, quanto tratam de elementos relacionados à equidade em saúde, como determinantes de saúde, acesso, utilização, qualidade, desigualdade, diferenças ou iniquidades em saúde. Dentre os estudos selecionados, 25 citam o trabalho de Margaret Whitehead e sua definição de equidade em saúde, bem como suas pesquisas sobre determinantes sociais de saúde, além de três estudos selecionados serem de sua autoria. Whitehead, atualmente professora e chefe

do Departamento de Saúde Pública da Universidade de Liverpool e editora associada do *Cochrane Public Health Review Group*, é chefe do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para Pesquisa em Política Pública sobre Determinantes Sociais de Saúde. Participou em diversos grupos de trabalho e pesquisa na OMS acerca dos temas de equidade em saúde, desigualdade social na saúde e no cuidado à saúde e na elaboração de estudos de políticas de diminuição das diferenças em saúde, trabalhando também para o governo britânico com o tema.

Whitehead, que liderou o estudo sobre a meta da equidade em saúde na Estratégia Global Saúde para Todos até o ano 2020, consolidou uma nova definição para a expressão apresentando novos conceitos e dimensões sobre a equidade e os determinantes sociais de saúde. Tal definição foi adotada pela OMS nos relatórios sobre as metas a serem atingidas. Por esse motivo, julgou-se relevante analisar a obra de Whitehead separadamente dos demais estudos selecionados, para depois seguir para a literatura levantada na revisão sistemática, a fim de apresentar com mais detalhe a definição a que a maior parte dos autores se refere - muitos que a tomam como base para seus estudos, mas outros que apresentam críticas a ela.

4.2.1. O debate sobre equidade em saúde e o conceito de Margaret Whitehead

Em 1980, os Estados Membros da Região Europeia da Organização Mundial da Saúde adotaram uma política de saúde comum definindo, em 1984, 38 metas regionais para essa política. A meta número um da estratégia “Saúde para Todos” consistia em: “Equidade em Saúde: Até o ano 2000, a real diferença entre os status de saúde entre países e entre grupos de um mesmo país devia ser reduzida em, pelo menos, 25%, por meio da melhoria do nível de saúde de nações e grupos em desvantagem” (OMS, 1985, p. 24). Em 1986, o termo equidade em saúde é discutido na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, da Organização das Nações Unidas, da qual resultou a Carta de Ottawa, que definiu os pré-requisitos para a saúde em termos de condições e recursos fundamentais: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, e, justiça social e equidade (OMS, 1986). Nas conferências subsequentes, o tema ganhou relevância culminando na elaboração de um documento para melhor definir o conceito de equidade em saúde, intitulado “*The concepts and*

principles of equity and health”, de autoria de Margaret Whitehead, e, posteriormente publicado no *International Journal of Equity in Health*.

No início dos anos 90, Margaret Whitehead surge, portanto, como a precursora no debate sobre a definição do termo equidade em saúde. A autora insere as dimensões da moral e da ética no conceito de equidade em saúde (ALBRECHT *et al.*, 2017), ao apontar a importância de se discutir equidade na saúde em razão das diferenças de saúde entre distintos grupos sociais, existentes em qualquer região ou sistema político e social, que coloca grupos vulneráveis em condições de menores chances de sobrevivência e em situações de maiores chances de adoecimento e experiências de doenças crônicas precocemente, além de terem uma pior qualidade de vida (WHITEHEAD, 1992). No entanto, a autora aponta a importância de se diferenciar a análise das diferenças em saúde entre os diferentes grupos sociais pelo nível e qualidade da saúde e pelas diferenças na distribuição de serviços de saúde. É pela chave da moral e da ética que a autora insere duas condições para se pensar a iniquidade em saúde: iniquidades referem-se a “diferenças que são desnecessárias e evitáveis, mas, além disso, também são consideradas injustas (*unfair and unjust*)” (*Ibid.*, p. 5, tradução da autora). Assim, a autora diferencia desigualdade em saúde de iniquidades em saúde (ou ausência de equidade) e pensa a equidade em saúde por meio das causas que geram tais diferenças em saúde consideradas desnecessárias e evitáveis e injustas; tais causas são os chamados determinantes da saúde.

Para se pensar quais diferenças em saúde devem ser consideradas inevitáveis ou inaceitáveis e desnecessárias e injustas, Whitehead define os determinantes da saúde que causam desigualdade em: (i) natural, biológico; (ii) comportamento prejudicial à saúde, de livre escolha; (iii) vantagem transitória em saúde de um grupo sobre outro ao adotar comportamentos que promovam a saúde; (iv) comportamento prejudicial à saúde em que as escolhas de estilos de vida são extremamente restritas; (v) exposição a condições de vida e trabalho estressantes e insalubres; (vi) acesso inadequado a serviços essenciais de saúde e serviços públicos; e, (vii) seleção natural ou mobilidade social relacionada à saúde que envolva a tendência de pessoas doentes a descenderem na escala social (*Ibid.*, p. 5). Dentre esses determinantes da saúde, a autora afirma a importância de se diferenciar quais causam diferenças em saúde injustas. Seres humanos são biologicamente diferentes e as diferenças dadas por causas naturais não devem ser consideradas como iniquidades. Para a autora, a injustiça nas diferenças em saúde reside na possibilidade de escolha

do indivíduo por uma situação que cause doença ou saúde comprometida ou por uma situação sobre a qual o indivíduo não tenha controle.

A definição proposta por Whitehead, adotada pela OMS, portanto, concerne ao nível de escolha do indivíduo e às suas oportunidades no tocante aos elementos que afetam a saúde. Não se trata de alcançar níveis de saúde igual para todos, mas de trabalhar os determinantes ao redor do nível de saúde, por meio da redução ou eliminação de determinantes evitáveis e injustos. É assim que a autora define que “equidade em saúde implica que idealmente todos devem ter oportunidades justas de obter seu potencial máximo de saúde em que, mais pragmaticamente, ninguém deva estar em desvantagem de alcançar esse potencial, que possa ser evitável” (*Ibid.*, p. 7, tradução da autora). Adicionalmente, a equidade “concerne à criação de oportunidades iguais para a saúde e à diminuição das diferenças em saúde ao menor nível possível” (*Ibid.*, p. 7, tradução da autora).

Além da conceituação de equidade em saúde, Whitehead também propõe uma definição para a equidade em cuidados em saúde. Neste ponto, é essencial destacar a diferença entre equidade em saúde (*equity in health*) e equidade em assistência de saúde (*equity in health care*). Ao passo que a equidade em saúde se refere aos resultados e nível de saúde, bem como ao potencial em saúde, que engloba o perfil epidemiológico e determinantes sociais, a equidade em cuidados de saúde está relacionada às entregas do sistema de saúde, ou seja, à cobertura da oferta de serviços de saúde pela rede de atenção à saúde. Amartya Sen (2002) ressalta a importância de se diferenciar os resultados e as capacidades em saúde das *facilities* oferecidas socialmente para se obter resultados em saúde, como os serviços de saúde. Assim, apesar dos resultados e nível de saúde da população serem diretamente afetados pelos serviços de saúde, a “equidade em saúde não pode ser entendida em termos de distribuição de serviços de saúde” (SEN, 2002, p. 660, tradução da autora).

A equidade em serviços de saúde é determinada, em muitos casos na literatura e em políticas de equidade, por uma justa distribuição de recursos disponíveis. Há, no entanto, diferentes interpretações sobre a definição de justa distribuição, que pode corresponder a mais recursos para grupos sociais de risco ou economicamente em desvantagem, para grupos sociais ou regiões com piores indicadores de saúde, ou gastos em serviços de saúde iguais per capita, entre outros critérios. A definição de equidade em cuidados de saúde proposta por Whitehead baseia-se em três elementos da atenção à saúde: acessibilidade, qualidade e aceitabilidade, e

consiste de: (i) acesso igual a cuidados disponíveis para necessidades iguais; (ii) utilização igual para necessidades iguais; e, (iii) qualidade de cuidado em saúde igual para todos (WHITEHEAD, 1992, p. 8, tradução da autora). Tal conceituação, que dialoga com a ideia de equidade horizontal e com o princípio da universalidade, apresenta dimensões, que, assim como a equidade, são amplamente debatidas na literatura: acesso, utilização e qualidade.

A igualdade de acesso a serviços disponíveis para necessidades iguais, segundo a autora, refere-se à igual elegibilidade ou ao direito de acesso a serviços de saúde, que devem ser distribuídos de maneira justa conforme o perfil de necessidades de serviço de saúde. Além disso, deve ser de fácil acesso geograficamente, sendo necessária a remoção de qualquer forma de barreira ao acesso. Formas de iniquidade de acesso correspondem à impossibilidade ou à recusa de atendimento em serviços de saúde em razão de raça, sexo, religião, renda, idade, ou da má distribuição espacial de serviços de saúde, deixando certas áreas sem disponibilidade de serviços.

A igual utilização de serviços de saúde para necessidades iguais é uma dimensão de mais difícil mensuração, visto que baixas taxas de utilização de certos serviços de saúde por determinados grupos sociais não corresponde necessariamente a uma situação de iniquidade, mas pode ser causada por escolhas individuais, de cunho ético, religioso ou outro, por não utilizar tal serviço. Whitehead afirma que a igualdade de utilização para necessidades iguais deve ser pensada em situações em que a diferença de utilização é restringida por desvantagens econômicas ou sociais. A igualdade de qualidade de cuidados em saúde para todos, por fim, consiste na igual oportunidade para todos de ser selecionado para atendimento em serviços de saúde de maneira justa, ou seja, baseado na necessidade e não na influência social. A autora também insere a dimensão da aceitabilidade na qualidade do cuidado, ao afirmar que situações de iniquidade de qualidade podem surgir quando indivíduos não aceitam determinado serviço em razão da forma como ele é organizado e oferecido.

Há um debate na literatura recente sobre algumas falhas na definição de Whitehead em razão da ausência de critérios claros para se julgar o que é injusto e evitável, que gera incerteza quanto às causas que levam a tais situações injustas e evitáveis, e da não consideração de diferenças originadas pela “loteria natural” (RIBEIRO, C. D., 2016, p. 1113) e pelo “prêmio da cidadania” (BARRETO, 2017, p. 2103). A conceituação da autora sobre a equidade em cuidados de saúde, bem como suas ideias sobre os conceitos de acesso, utilização e qualidade, tampouco é unanimidade na literatura; diversos autores apresentam novas dimensões para esses

conceitos e organizam-nos de forma mais complexa. Além disso, a ideia de se alcançar equidade em serviços de saúde pelo parâmetro de necessidades iguais também é controversa, pois alguns autores apontam para a necessidade de melhor definir o que são necessidades iguais, que requer um parâmetro para mensuração. Tais críticas serão apresentadas adiante.

É possível afirmar que há apenas consenso na literatura de que a definição do termo equidade em saúde não é consensual, mas encontra-se em constante debate e mudança, visto que o entendimento de equidade varia com o tempo e o espaço em que é discutido. Parte da literatura sobre equidade em saúde a define tanto como *formas* ou *tipos de igualdade* quanto por meio da *ausência de diferenças* ou *desigualdades* (geralmente nomeadas iniquidades em saúde), com princípios oriundos de diversas áreas do conhecimento. No entanto, a própria escolha do termo tampouco é consensual, utilizam-se os termos diferença, disparidade e desigualdade, que sozinhos não correspondem à iniquidade. O termo utilizado também afeta a definição de equidade, como alguns autores apontarão. Já as práticas e políticas em equidade são mais heterogêneas ainda e normalmente variam de acordo com a região ou país onde são pensadas e formuladas.

4.2.2 Definições na literatura publicada levantada na revisão sistemática

Nesta seção, são apresentadas as diferentes definições dadas ao termo equidade em saúde presentes nos estudos selecionados e analisados na revisão sistemática, conforme exposto no capítulo de metodologia. Os trabalhos foram divididos inicialmente em definição explícita e implícita e, em seguida, em domínios temáticos e organizados em ordem cronológica dentro de cada bloco. Apesar de alguns estudos percorrerem mais de um tema, a inclusão em determinado domínio temático corresponde à adoção de tal tema como objeto de análise e central na definição estudada. Os trabalhos que não definem a equidade em saúde explicitamente, mas tratam de temas relacionados a ela são apresentados em blocos conforme o tema que abordam.

As definições de equidade em saúde variam com os elementos definidores da equidade, que, por sua vez, também diferem conforme autor, como: determinantes (sociais) de saúde, conceito de saúde, acesso, utilização e qualidade, formas de mensuração, dimensões

morais e éticas da equidade e sua relação com os direitos humanos. Os conceitos também variam de acordo com a época de publicação - o entendimento de equidade em saúde modificou-se ao longo do tempo, com o surgimento de pesquisas empíricas, e o local de onde parte a perspectiva dos autores – a equidade em saúde nos Estados Unidos não é entendida da mesma forma que no Reino Unido, visto que se trata de modelos de sistema de saúde diferentes; do mesmo modo, como a realidade brasileira enfrenta desafios diferentes para políticas de equidade em saúde da realidade sueca, afinal cada país tem um sistema público de saúde em estágios diferentes e apresenta realidades sociais, econômicas e políticas distintas.

4.2.2.1. O conceito epistemológico de equidade em saúde

Foram identificados quatro estudos na revisão sistemática da literatura cujo propósito é a formação conceitual do tema, sendo classificados como estudos de conceito epistemológico de equidade em saúde. Não por acaso, alguns desses estudos são considerados as principais bases teóricas para a conceituação de equidade, como os estudos de Whitehead (1992), Macinko e Starfield (2002) e Braveman e Gruskin (2002). Evidentemente, todos os estudos contêm definições explícitas de equidade em saúde e, como será observado adiante, tais definições são utilizadas por muitos dos estudos analisados na revisão sistemática.

Autor (Ano)	Título	Definição	Equidade é:
Braveman, P. (2006)	Health disparities and health equity: concepts and measurement	Explícita	Equidade em saúde é eliminar as disparidades de saúde fortemente associadas a desvantagem social. Disparidade em saúde é um tipo particular de diferença em saúde ou nas influências em saúde mais importantes que poderiam potencialmente ser determinadas por políticas; é uma diferença na qual grupos sociais em desvantagem vivenciam sistematicamente pior saúde ou maiores

			riscos de saúde do que grupos em vantagem. É remover obstáculos para grupos de pessoas que historicamente enfrentam mais obstáculos para realizar seus direitos à saúde e a outros direitos humanos.
Braveman, P.; Gruskin, S. (2002)	Defining equity in health	Explícita	Equidade em saúde é um valor ético, inerentemente normativo, baseado no princípio ético de justiça distributiva e consonante com princípios de direitos humanos. Equidade em saúde significa igual oportunidade para ser saudável, para todos os grupos da população. Equidade em saúde é a ausência de disparidades sistemáticas em saúde (ou nos principais determinantes sociais de saúde) entre grupos sociais com diferentes níveis de vantagem/desvantagem na estrutura social - ou seja, diferentes posições na hierarquia social.
Macinko, J.; Starfield, B. (2002)	Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001	Explícita	Equidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos da saúde em grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente.
Whitehead, M. (1992)	The concepts and principles of equity and health	Explícita	Iniquidade em saúde refere-se às diferenças que são desnecessárias e evitáveis, mas, além disso, também são consideradas injustas. Equidade em saúde implica que idealmente todos devem ter oportunidades justas de se obter seu potencial máximo de saúde em, mais pragmaticamente, que ninguém deva estar em desvantagem de se alcançar esse potencial, caso possa ser evitável. A equidade concerne à criação de oportunidades iguais para a saúde e à

			diminuição das diferenças em saúde ao menor nível possível.
--	--	--	---

Quadro 6 – Domínio temático: O conceito epistemológico de equidade em saúde

Conforme já apresentado no início do capítulo, a obra de Margaret Whitehead “*The concepts and principles of equity and health*” representou um marco na literatura sobre equidade em saúde, tornando-se a definição referência utilizada por diversos autores e a adotada pela OMS. Como seu trabalho já foi analisado em detalhes, ele não o será novamente nesta seção, mas referências a ele serão realizadas, a fim de relacioná-lo com as outras definições explícitas encontradas nos estudos deste domínio temático.

Importante contribuição para a literatura sobre equidade em saúde, James Macinko e Barbara Starfield realizaram um levantamento bibliográfico de artigos-chave publicados entre 1980 e 2001 para a *International Society for Equity in Health* (ISEqH), a fim de apresentar teorias, métodos e intervenções para entender a origem de iniquidades e formas de correção dentro da literatura sobre equidade em saúde. No artigo publicado no *International Journal for Equity in Health* (IJEqH), fundado pela própria Barbara Starfield, então professora na Universidade Johns Hopkins, os autores concluem que equidade corresponde “à ausência de diferenças sistemáticas potencialmente corrigíveis (*remediables*) em um ou mais aspectos da saúde em grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente” (MACINKO; STARFIELD, 2002, p. 1).

A definição de equidade em saúde da OMS é uma combinação das definições de Whitehead e Macinko e Starfield: “equidade é a ausência de diferenças evitáveis, injustas ou remediáveis entre grupos de pessoas, sejam esses grupos definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente ou por outra forma de estratificação” (ONU, 2018, tradução da autora). Além disso, a OMS também incorpora a afirmação de Whitehead de que a “‘equidade em saúde’ implica que idealmente todos devem ter uma oportunidade justa de obter seu potencial de saúde total e que ninguém deva estar em desvantagem de se alcançar esse potencial” (*Ibid.*, tradução da autora). As duas definições diferem quanto ao critério de definição de diferenças em saúde a que se referem. Uma das críticas de Macinko e Starfield quanto à

injustiça das diferenças em saúde de Whitehead é justamente a impossibilidade de avaliar o que é justo sem impor um juízo de valor, visto que o entendimento de equidade em saúde depende do valor dado à justiça em uma sociedade, que varia de acordo com as características sociais e de saúde desta sociedade (MACINKO; STARFIELD, 2002). É por essa razão que a definição do ISEqH não cita o termo “diferenças injustas”, mas refere-se a “diferenças corrigíveis” e às causas que levam tais diferenças a serem sistemáticas.

Além da preocupação quanto à necessidade de melhor definir o critério de injusto, Macinko e Starfield apontam também para o debate sobre a equidade em saúde ser medida em níveis individuais ou em grupo. O relatório da ONU “World Health Report 2000” (ONU, 2000) adota o indivíduo como base para medir as desigualdades em saúde. Posteriormente, em 2003, essa abordagem é modificada para a base em grupos, em razão das diversas críticas ao relatório de 2000. Macinko e Starfield argumentam que medidas baseadas em indivíduos não captam outras características além do status de saúde individual, não sendo suficiente para determinar se tais desigualdades em saúde são injustas. Como será apresentado adiante, Braveman (2006) também compartilha da abordagem baseada em grupos e propõe critérios de mensuração das desigualdades em saúde.

A bibliografia dos autores faz parte do comprometimento do *ISEqH* com a pesquisa em equidade em saúde a fim de “elucidar a gênese e as características da iniquidade em saúde para identificar fatores passíveis de decisões políticas e ações programáticas para reduzir ou eliminar as iniquidades”. Para tal, tomam como base o entendimento de que equidade em saúde é a “ausência de diferenças sistemáticas potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos da saúde em grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente”. A partir da adoção do conceito de políticas e ações em equidade como “decisões políticas ativas e ações programáticas direcionadas à melhoria da equidade em saúde ou à redução ou eliminação das desigualdades em saúde”, apresentam diferentes propostas de definições, políticas e ações de equidade em saúde identificadas na literatura a fim de jogar luz ao debate sobre o tema, que serão apresentadas adiante no domínio temático “A equidade em saúde na agenda de pesquisa e na produção científica”.

Braveman e Gruskin (2002), por outro lado, apresentam conceitos concretos de mensuração das iniquidades em saúde ao adotar uma definição um pouco mais completa que a de Macinko e Starfield. Paula Braveman, professora de Medicina Comunitária e da Família e

diretora do Centro de Disparidades Sociais em Saúde da Universidade da Califórnia, fez importantes contribuições ao tema da equidade em saúde ao preencher algumas lacunas apresentadas nas definições anteriores, como a de Whitehead, Mackinko e Starfield, sendo uma das autoras mais referenciadas no estudo sobre equidade em saúde nos Estados Unidos. Apesar de não ser um princípio da saúde nos Estados Unidos em razão de seu modelo de sistema de saúde, a equidade vem ganhando destaque, tanto pelo debate internacional quanto pela preocupação com as desigualdades crescentes em saúde e a crise da saúde pública nesse país. Na revisão sistemática da literatura, foram identificados cinco trabalhos escritos por Braveman relevantes para a pesquisa, dos quais dois consistem em estudos epistemológicos sobre equidade em saúde. Além disso, a autora é citada em treze trabalhos selecionados na revisão sistemática, o que aponta para a sua relevância no debate acadêmico sobre equidade em saúde.

Em “*Defining equity in health*”, Braveman e Gruskin (2002) fazem uma discussão conceitual a fim de propor uma definição de equidade em saúde que possa guiar a operacionalização e mensuração do termo, e consequentemente, sua *accountability*, além de discutir a importância prática de clareza em definir o termo tanto para fins de política quanto de mensuração. Os autores reconhecem a importância da definição proposta por Whitehead (1992) e acrescentam que, desde então, experiências acumuladas permitem lançar novas ideias ao conceito de equidade. Afirmam que a equidade significa justiça social ou justiça (*fairness*), sendo um conceito ético baseado em princípios de justiça distributiva. Concordam com a proposição de Whitehead de que equidade em saúde pode ser definida como a ausência de disparidades injustas socialmente (“*absence of socially unjust or unfair health disparities*”) (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2002, p. 254).

As ideias de justiça social e justiça, no entanto, são passíveis de diferentes interpretações - do mesmo modo como o critério de injusto na definição de Whitehead é criticado por diversos autores como Macinko e Starfield (2002). Assim, Braveman e Gruskin (2002) buscam defini-la a fim de identificar um critério de mensuração e operacionalização. Para tal, afirmam que “equidade em saúde pode ser definida como a ausência de disparidades sistemáticas em saúde (ou nos seus principais determinantes sociais) entre grupos sociais com diferentes níveis de vantagem/desvantagem na estrutura social – ou seja, diferentes posições na hierarquia social” (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2002, p. 254, tradução da autora). Essa estrutura social de vantagens e desvantagens corresponde às esferas de riqueza, poder e prestígio. As desvantagens

também podem ser entendidas como privações, que podem ser absolutas ou relativas, conforme conceito definido de pobreza humana pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDP, 1997). As vantagens e desvantagens entre os grupos sociais os coloca em diferentes posições na hierarquia social, cujas causas são de diferentes dimensões: socioeconômico, étnico-racial, religioso, de gênero, idade, localização geográfica, orientação sexual, deficiência, entre outros.

A ideia de disparidades em saúde está diretamente associada às vantagens e desvantagens sociais. As iniquidades em saúde intensificam a desvantagem em saúde de grupos já em desvantagem social, visto que a saúde é essencial para o bem-estar físico e mental e para a superação dos efeitos da desvantagem social. Assim, como a saúde não é apenas a ausência de doença, mas – para a OMS - um completo estado de bem-estar físico e mental, ela é diretamente impactada por determinantes sociais, como condições de vida, moradia e trabalho, cuidados em saúde, e políticas públicas relacionadas a esses fatores. Nesse ponto, Braveman e Gruskin apresentam uma nova concepção do cuidado em saúde ao considerá-lo um determinante social da saúde, visto que é influenciado por políticas sociais e entendido para além de apenas recebimento e utilização de serviços de saúde, mas também pela alocação de recursos em cuidados de saúde e seu financiamento dos cuidados e pela qualidade dos serviços.

Apesar de enfatizarem as disparidades em saúde, os autores ressaltam que elas não são necessariamente iniquidades em saúde, pois nem toda disparidade em saúde é injusta: jovens tendem a ser mais saudáveis que velhos, mulheres tendem a ter menor incidência de certas doenças que homens. Do mesmo modo, desigualdade em saúde não é o mesmo que iniquidade em saúde, apesar dos termos serem às vezes usados como sinônimos na literatura. O conceito de equidade em saúde rege questões distributivas ou processos que geram desigualdades em saúde, ou seja, “uma desigualdade em saúde sistemática (ou em seus determinantes sociais) entre grupos sociais em mais ou menos vantagem, em outras palavras, uma desigualdade em saúde que é injusta” (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2002, p. 255, tradução da autora). Desigualdade (*inequality*) ou disparidade (*disparity*) em saúde não correspondem necessariamente a iniquidades em saúde. O conceito de iniquidade em saúde carrega um teor de injustiça, logo, a iniquidade em saúde é a desigualdade, disparidade ou diferença injusta em saúde. Por isso, é necessário diferenciar a equidade da igualdade: a equidade é um conceito essencialmente normativo baseado em valor,

enquanto a igualdade não necessariamente (certamente a igualdade pode ter um peso valorativo de acordo com diferentes autores; no entanto, não é essencialmente normativo).

Como um princípio ético, a equidade também está relacionada a princípios de direitos humanos. Braveman, diferentemente de Whitehead, enfatiza fortemente esta relação (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2003; BRAVEMAN, 2010). O direito à saúde, consolidado em diversos tratados internacionais sobre o tema e na Constituição da ONU, corresponde ao direito de se desfrutar do nível de saúde mais alto possível (ONU, 1946), o que na visão dos autores constitui no nível de saúde usufruído pelo grupo socialmente em maior vantagem dentro de uma sociedade. Afirmam que “os níveis de saúde dos grupos mais privilegiado na sociedade refletem, pelo menos, níveis que podem ser alcançados biologicamente e padrões mínimos que devem ser possíveis para todos nesta sociedade dentro de um futuro próximo” (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2002, p. 255). Portanto, os autores defendem que a régua para medir esse nível de saúde mais alto possível deve ser o nível de saúde dos grupos privilegiados e em maior vantagem social.

Essa noção de equidade em saúde introduz, assim, uma forma de operacionalizar e medir o conceito de direito à saúde. Para pensar a equidade em saúde por meio de iguais direitos, o conceito de igualdade (apesar de não equivaler à equidade) é essencial para operacionalizar e medir a equidade em saúde, além de ser útil para a *accountability* dentro da perspectiva de direitos humanos (*Ibid*, 2002, p. 255). Visto que a igualdade é de mais fácil mensuração pelos resultados e a equidade é mais passível de diferentes interpretações, a igualdade deve ser uma preocupação fundamental na busca por maior equidade em saúde. Diversos autores definem a equidade por meio de relações de igualdade (de acesso, de utilização, de oportunidade, de condição, entre outros). Braveman e Gruskin não definem a equidade por meio de uma relação de igualdade apenas, mas ressaltam que a ideia de iguais oportunidades para ser saudável é essencial no conceito de equidade em saúde, pois está relacionada ao conceito de iguais direitos à saúde e aos princípios de direitos humanos de não discriminação. Na perspectiva de que todos os direitos humanos interrelacionam-se e são indivisíveis (ONU, 1993), o direito à saúde não pode ser separado de outros direitos, como aqueles ligados à moradia, à educação, de ser livre de discriminação e de liberdade para participar na sociedade. Assim, a igualdade de oportunidade de ser saudável também requer abordar os determinantes sociais e econômicos da saúde, sendo essencial para a eliminação de disparidades sociais sistemáticas no status de saúde (a eliminação de iniquidades em saúde) e nos próprios determinantes sociais (*Op. cit.*, 2002, p. 255).

Na análise das iniquidades em saúde, Braveman e Gruskin concordam com a proposição de Whitehead com exceção de um ponto: iniquidades em saúde são desigualdades em saúde injustas, mas não evitáveis. Apesar das críticas ao conceito proposto por Whitehead residir, em grande parte, no critério do injusto, considerado por alguns autores de definição nebulosa e não objetivamente esclarecido por Whitehead, Braveman e Gruskin são capazes de propor uma forma de operacionalizar e mensurar esse critério, como exposto acima. No entanto, o critério de inevitável para os autores não deve ser usado para definir as iniquidades em saúde: primeiro pelo fato de que o critério de injusto já pressupõe uma noção de evitabilidade - se a desigualdade é injusta, ela não deveria ocorrer, devendo ser evitada; segundo porque a ideia de evitável leva à pergunta de “evitável por quem?”. A evitabilidade, no entanto, ajuda na identificação de quais desigualdades em saúde são mais fáceis de serem eliminadas, seja por serem menos custosas ou mais rápida de serem corrigidas.

Nesse ponto, os autores fazem uma importante contribuição ao analisar as causas e os meios que levam ao surgimento das disparidades em saúde. As causas das disparidades em saúde injustas consistem em determinantes sociais que geram desvantagens sociais. Infere-se que pelo menos um elemento dos determinantes sociais está direta ou indiretamente associado à condição de saúde ou a determinado determinante da saúde. No entanto, não se pode inferir que, a partir disso, é possível identificar a causa mais próxima que gera a desigualdade em saúde, nem toda a relação causal entre o determinante social e a desigualdade em saúde injusta. Os autores apontam que as causas das iniquidades em saúde são “complexas e multifatoriais”; a iniquidade em determinada disparidade de saúde é determinada pelo reconhecimento de que ela é fortemente relacionada a estruturas sociais injustas (*Ibid*, 2002, p. 256).

Para a compreensão das causas das iniquidades em saúde, a mensuração das disparidades é essencial. Essa mensuração deve ter como base a distribuição social das disparidades, como forma também de medir a equidade em saúde e avaliar a justiça relativa a ela. Para tal, não basta medir desigualdades em saúde física entre indivíduos; a unidade de análise deve ser grupos sociais identificáveis, estabelecidos por cortes de raça, gênero, localização geográfica, renda, etc, a fim de conseguir monitorar as diferenças em saúde e assistência em saúde entre os grupos mais ou menos privilegiados (iniquidades em saúde) nessas dimensões sociais identificáveis e avaliar quais políticas devem ser direcionadas para quais grupos e como os recursos devem ser alocados para atingir maior equidade em saúde (*Ibid*, 2002, p. 256).

Assim, a escolha do termo “desigualdade em saúde”, “disparidade em saúde” ou “iniquidade em saúde” importa em razão dos elementos que carrega em sua definição, o que afeta a sua forma de mensuração e tem consequências práticas. Enquanto Whitehead (1992) utiliza o termo diferenças em saúde (*health differences*) ou disparidades em saúde (*health disparities*) e rejeita o termo desigualdades em saúde (*health inequalities*), por considera-lo ambíguo, Braveman (2006) utiliza disparidades em saúde (*health disparities*) e desigualdades em saúde (*health inequalities*) como sinônimos e os diferencia de diferenças em saúde (*differences in health*). Ambas, no entanto, concordam quanto ao termo iniquidades em saúde (*health inequities*), específico pelo seu teor de injusto e oposto à equidade em saúde. Para Braveman disparidade ou desigualdade em saúde não se refere a todas as diferenças em saúde. “Disparidade ou desigualdade em saúde é um tipo particular de diferença em saúde (ou nas influências em saúde mais importantes que poderiam potencialmente ser determinadas por políticas); é a diferença segundo a qual os grupos sociais em desvantagem [...] vivenciam sistematicamente pior saúde ou maiores riscos à saúde do que grupos sociais em maior vantagem” (BRAVEMAN, 2006, p. 167).

Braveman (2006) enfatiza fortemente a necessidade de esclarecer os conceitos e escolhê-los conforme as implicações de suas definições, como meio para poder mensurar a equidade em saúde. Em sentido amplo, as disparidades em saúde englobariam apenas a epidemiologia, a ciência da distribuição de doenças e os fatores de risco nas populações. No entanto, no estudo da equidade em saúde, desigualdades em saúde não correspondem a todas as formas de diferenças em saúde, mas especificamente àquelas consideradas “evitáveis e injustas” (WHITEHEAD, 1992). Braveman utiliza também o termo “em desvantagem” se referindo à posição na estrutura social e Whitehead menciona a mesma ideia ao associar as desigualdades em saúde a grupos e nações em desvantagem.

A mensuração das disparidades em saúde exige três componentes: (i) um indicador de saúde ou um determinante de saúde modificável (ou seja, não imutável, como idade ou sexo); (ii) um indicador de posição social baseado em vantagem/desvantagem social; e (iii) um método para comparar o indicador ou determinante de saúde nos diferentes níveis sociais. Assim, a mensuração da equidade, das desigualdades e disparidades em saúde envolve comparar um indicador de saúde ou um fator relacionado à saúde em um ou mais grupo social em desvantagem com aqueles de grupos sociais em vantagem (BRAVEMAN, 2006, p. 178). Essa mensuração, por

vezes, é feita pela comparação entre fatores de grupos em desvantagem e a média da população, mas a autora afirma que essa abordagem apresenta limitações. Conforme defende a autora, e segundo a literatura, as unidades de análise na mensuração da equidade, disparidade ou desigualdade em saúde devem ser os grupos em desvantagem frente àqueles que se encontram em melhor situação, razão pela qual alguns autores utilizam o coeficiente de Gini para a mensuração em termos econômicos.

Os valores nos quais a proposição de Braveman acerca das disparidades e desigualdades em saúde se baseiam residem na ideia de justiça social e nos princípios que regem os direitos humanos. A autora toma como base as teorias de Rawls quanto à justiça distributiva e ao entendimento da saúde como essencial para que indivíduos realizem plenamente seu potencial em todos os domínios da vida, e a teoria ética de Sen quanto às capacidades humanas necessárias para o desenvolvimento humano e pela livre busca por uma vida de qualidade e a consideração da saúde como uma das mais primordiais dessas capacidades. Para além de princípios éticos, Braveman enfatiza a relação da equidade com os direitos humanos, entendidos não apenas como direitos civis e políticos, mas também como direitos sociais, econômicos e culturais: direito à saúde, à moradia, à alimentação adequada, à água, a uma vida digna e a condições seguras de trabalho. (*Ibid*, 2006, p. 183). Nesse sentido a ideia de não discriminação relaciona-se às disparidades em saúde: nos princípios dos direitos humanos, os indivíduos têm direito a uma vida sem tratamento discriminatório baseado no grupo social em que estão inseridos, seja discriminação étnico, de raça, gênero, idade ou outro.

4.2.2.2. Equidade como Justiça Social

Conforme apresentado anteriormente na revisão da literatura de filosofia do direito, o conceito de equidade está relacionado à ideia de justiça, e, mais especificamente, de justiça social. Foram identificados na revisão sistemática sete estudos que utilizam a justiça social para definir equidade em saúde, todos de definição explícita. Um deles, no entanto, não apresenta uma definição explícita de equidade em saúde, apenas de equidade. Foi inserido nesse domínio por analisar o conceito de equidade pelo viés da justiça social no que tange a diversos aspectos

(saúde, educação, distribuição de renda, entre outros) (AZEVEDO, 2013). Os estudos são apresentados no quadro abaixo.

Autor (Ano)	Título	Definição	Equidade é:
Ribeiro, C. D. (2016)	Justiça social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos fundamentos	Explícita	A equidade em saúde está relacionada às estratégias de pesquisa ou às políticas públicas que visam a superar a desigualdade entre aqueles que alcançaram e os que não alcançaram a igualdade pretendida.
Corgozinho, M.; Oliveira, A. de (2016)	Equidade em saúde como marco ético da bioética	Explícita	A equidade em saúde é um conceito ético normativo. É a alocação de recursos públicos norteadas em favor dos grupos vulneráveis, reconhecendo que a diminuição das desigualdades injustas resulta de fatores que estão fora do controle individual. Foca-se no aumento das oportunidades, prioritariamente, para populações vulneráveis, com a intenção de alcançarem o seu potencial de saúde.
de Azevedo, L. M. N. (2013)	Igualdade e equidade: qual a medida de justiça social?	Explícita	Equidade é um substantivo que compõe projetos de sociedade de matizes humanistas. A equidade constitui valores essenciais para a construção de políticas públicas voltadas para a promoção da justiça social e da solidariedade.
Vieira da Silva, L.; Almeida Filho, N. (2009)	Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos	Explícita	A equidade em saúde está relacionada a diferenças de ocorrência de doenças e eventos relativos à saúde mediados social e simbolicamente. As desigualdades em saúde são uma expressão empírica das interações entre diferenças biológicas e distinções sociais por um lado e iniquidades sociais por outro. O conceito de equidade em saúde exige examinar as práticas humanas, sua determinação e intencionalidade quanto a situações

			concretas de interação entre os sujeitos sociais.
Sen, A. (2002)	Why health equity?	Explícita	Equidade em saúde é central para o entendimento de justiça social e nos arranjos sociais. É um conceito multidimensional, uma disciplina ampla e inclusiva. Equidade em saúde não é distribuição de saúde, nem distribuição de serviços ou cuidados de saúde. Não corresponde apenas à desigualdade de saúde ou cuidado de saúde, mas a como os recursos alocados e os arranjos sociais relacionam a saúde com outros fatores circunstanciais.
Mooney, G.; Jan, S. (1997)	Vertical equity: weighting outcomes? Or establishing procedures?	Explícita	A equidade em cuidado de saúde deve ser abordada pela equidade vertical (tratamento desigual, mas equitativo, de desiguais), baseada em justiça processual.
Jardanovski, E.; Guimarães, P. (1993)	O desafio da equidade no setor da saúde	Explícita	A equidade é um princípio fundamental de justiça social. O significado de equidade que informa determinado sistema de saúde e seus objetivos é compreendido à luz dos diferentes valores de cada organização socioeconômica e, consequentemente, da definição que se coloca sobre o conceito de justiça social. A equidade de utilização reflete uma noção mais completa de equidade em saúde, pois pressupõe que a igualdade de insumos e o acesso por necessidades iguais já tenham sido contemplados.

Quadro 7 – Domínio temático: Equidade em saúde como justiça social

Desses seis estudos cinco utilizam a Teoria de Justiça de John Rawls como literatura para analisar a equidade em saúde. Alguns dos trabalhos também fazem uso das teorias de Aristóteles (três estudos), Amartya Sen (três estudos) e Margaret Whitehead (dois estudos). Em menor escala, Pierre Bourdieu, Gøsta Esping-Andersen, Norberto Bobbio, Martha Nussbaum e Maria Clara Dias também são utilizados para a análise da equidade em saúde, sendo citados em apenas um estudo cada.

Partindo do texto mais amplo em termos de conceitos, visto que não trata da equidade em saúde apenas, mas de uma noção mais abrangente de justiça social na relação entre equidade e igualdade, Azevedo analisa as bases conceituais da equidade e da igualdade, que são princípios fundamentais para a formulação de políticas públicas de promoção de justiça social e solidariedade. Contrapõe inicialmente autores que defendem (Bourdieu, Wacquant, Hobsbawm) aos que rejeitam (Hayek) a noção de justiça social e posiciona-se como defensor dos princípios da igualdade e da equidade por meio do esclarecimento feito por Bobbio (1995) de que “igualdade e equidade substantivas [...] são princípios fundamentais para a entificação de sociedades que se querem justas”, base para sociedades de matizes humanistas (AZEVEDO, 2013, p. 131). A partir disso questiona como alguém pode negar a equidade e a igualdade, se isso corresponde a optar pelo seu oposto: a iniquidade e a desigualdade.

Diante de seu posicionamento, o autor parte para a análise do próprio conceito (não consensual) de equidade, por meio da terminologia da equidade em alguns idiomas. Enquanto Aristóteles a nomeia como *epieikeia* no grego, esse termo pode ser traduzido como *equity* ou *fairness* no inglês. No entanto, *equity* é traduzido como equidade e *fairness* pode ser traduzido como justiça no português, o que aponta para uma nebulosidade entre os limites desses termos. Apresenta a diferença entre justiça e equidade em Aristóteles na obra “Ética a Nicômaco”, mas rejeita a Teoria de Justiça de Rawls pela mesma crítica feita por Perelman (1996): não é possível pensar a justiça em termos de igualdade no momento inicial do contrato social, pois “o modelo de contrato social é fruto da idealização da sociedade” (AZEVEDO, 2013, p. 132), ou seja, não é possível descolar esse momento inicial do contexto histórico e dos valores presentes em determinada sociedade.

Azevedo toma a afirmação de Mészáros (2002) de que a igualdade substantiva é a única base possível para uma justiça significativa, e que seu oposto não se aplica, pois “nenhuma justiça legalmente decretada criaria uma igualdade legítima” (MÉSZÁROS, 2002, p. 305-6) para

analisar o princípio da igualdade e a constituição de desigualdades em sociedades capitalistas dada pela hierarquia estrutural ocasionada pela relação entre capital e trabalho. Assim, o princípio da igualdade oriundo da Revolução Francesa, apesar de uma conquista para a vida em sociedade, não é legitimado pela lei, ou seja, a igualdade perante a lei (ou o princípio de isonomia) não questiona as desigualdades advindas de outras esferas sociais, apenas iguala todos em termos de obrigações no cumprimento da lei, o que não consiste em uma igualdade substantiva.

Assim, o autor opta pelas concepções de igualdade marxistas: “de cada qual segundo sua capacidade, a cada qual segundo o trabalho realizado” e “de cada qual segundo sua capacidade, a cada qual segundo suas necessidades” (FETSCHER, 1988, p. 187 *apud* AZEVEDO, 2013), que se propõem a promover uma igualdade substantiva por meio da distribuição de justiça social pelo trabalho e pela satisfação das necessidades, respectivamente. Azevedo ressalta, no entanto, que a justiça e equidade não residem no entendimento burguês de distribuição justa e equânime do produto do trabalho no capitalismo, visto que o referencial ideológico para essa noção de justiça e equidade é o dos próprios detentores do meio de produção na forma de produção capitalista. As máximas marxistas de igualdade compreendem a alocação de recursos para o benefício da sociedade pela redistribuição dos bens públicos, sem a subtração de valores do produto social pelos proprietários dos meios de produção. Nesse ponto Marx se coloca contra o princípio da isonomia, pois o direito igual para indivíduos desiguais perpetua a desigualdade, defendendo assim uma forma de equidade vertical: o direito desigual para indivíduos desiguais.

Azevedo transpõe essa mesma ideia de Marx em relação ao trabalho para Bourdieu em relação à educação; o mesmo poderia ser feito para a saúde. Dadas as diferenças de capitais social, econômico e cultural, se a ação educacional estatal tratar os desiguais de forma igual, os níveis de desigualdade e iniquidade serão perpetuados. Na análise da realidade brasileira, Azevedo utiliza essa perspectiva para apontar a incompletude de uma real oferta universal e unitária de educação de qualidade no Brasil: o direito igual entre desiguais na política educacional brasileira perpetua e reproduz as desigualdades sociais sob a forma de “adaptação” das escolas às condições sociais, econômicas e culturais dos alunos. Isso ocorre sob duas perspectivas: na idéia de “escolas pobres para os pobres” e “escolas ricas para os ricos”, e no tratamento dos alunos, que permite o êxito de poucos e o fracasso de muitos (TENTI FANFANI, 2008, p. 21 *apud* AZEVEDO, 2013, p. 142).

Em uma perspectiva *top-down*, Azevedo aponta para o Estado como o “meta-ator social” com os meios necessários para a promoção de igualdade substantiva por meio de políticas públicas sociais, universais e focalizadas, no combate às desigualdades sociais. Conclui que as desigualdades são as reais causas dos males da sociedade e que as soluções para as questões sociais, a promoção de bens públicos e a convivência social solidária se inserem-se em um projeto de sociedade igual e equânime, afirmando que “políticas públicas de promoção de igualdade substantiva e de universalização de acesso a bens públicos (desmercadorização) são verdadeiros seguros antifalência das famílias, de indivíduos e de cidadãos e de construção de sociedades solidárias” (ESPING-ANDERSEN, 1991; MENAHEM, 2010 *apud* AZEVEDO, 2013, p. 146) .

Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009) utilizam as teorias de Perelman em relação à equidade, de Heller sobre a justiça e sociologia das práticas de Bourdieu. Assim como Whitehead e Braveman, os autores se preocupam com a escolha dos termos utilizados (diferença, desigualdade, disparidade e iniquidade), analisando como eles são usados na literatura: Whitehead utiliza iniquidade para nomear diferenças evitáveis e injustas e rejeita o termo desigualdade; Macinko e Starfield definem iniquidade como desigualdades injustas; e, outros autores utilizam equivocadamente o termo desigualdade na referência ao conceito de Whitehead, considerando, assim desigualdade sinônimo de diferença (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009, p. 218).

Vieira-da-Silva e Almeida Filho percorrem as principais definições de equidade em saúde da literatura e problematizam alguns dos termos utilizados. A evitabilidade e a justiça na teoria de Whitehead envolvem “questões complexas e não resolvidas” (*Ibid.*, 2009, p. 218). Muitos autores tentam preencher essa lacuna pelo exame de teorias de justiça, em especial a de John Rawls. Além disso, o não esclarecimento da ideia de “necessidades iguais” na definição de Whitehead apresenta problemas conceituais e operacionais. Já a definição de Macinko e Starfield, ao utilizar a expressão “ausência de diferenças”, rejeita a noção de justiça e “não enfrenta temas polêmicos sobre acesso e oferta de serviços, financiamento e formas de organização e controle de sistemas de saúde que constituem dilemas políticos concretos” (*Ibid.*, 2009, p. 218). Defendem, no entanto, que a definição da ISEqH tem uma vantagem para a identificação de situações iníquas passíveis de intervenção dada pelo desvio do foco das diferenças em saúde para as diferenças curáveis, que estão inseridas em um âmbito de controle técnico. Vieira-da-Silva e Almeida Filho

argumentam que a definição proposta por Whitehead não apresenta um conceito de justiça no qual pode-se inferir o que é entendido por “diferenças evitáveis e injustas”. No entanto, identificam que, na definição da equidade no cuidado de saúde, a ideia de “acesso igual a cuidados disponíveis para necessidades iguais” remete à concepção de justiça de Perelman (1996) de distribuição de igualdade pela forma “a cada qual a mesma coisa”, apresentado no início deste capítulo. Nesse sentido, os autores afirmam que Whitehead implicitamente sobrepõe os termos igualdade e equidade. Além disso, as “necessidades iguais”, na qual baseia-se a equidade em cuidados de saúde de Whitehead, consistem uma noção inexistente na prática conforme a teoria da justiça de Heller (1998), a qual acredita que não há uma forma de distribuição igual, mas a distribuição dependerá da necessidade de cada um e como a justiça é entendida pelo grupo social (HELLER, 1998, p. 250).

Assim, diante dessas falhas apresentadas nas definições canônicas da equidade em saúde, Vieira-da-Silva e Almeida Filho apontam para as “inconsistências terminológicas e conceituais” (*Op. cit.*, p. 219) na literatura sobre equidade em saúde. Além disso, afirmam que há também uma carência de teorias sociais para dar bases para os conceitos dos determinantes sociais de saúde. Argumentam que é importante preencher tais lacunas, pois as diferentes teorias de justiça social pressupõem interpretações distintas acerca das necessidades individuais, da distribuição social de serviços de saúde e das bases das políticas de saúde, bem como diferentes referenciais teóricos sociais adotados podem remeter a formas distintas de entender os determinantes sociais.

Ao passo que os autores se propõem a preencher a lacuna da teoria da justiça com as obras de Perelman e Heller, o fazem para as teorias sociais com Bourdieu (1979) por meio de seu conceito de *distinção* como uma prática de agentes sociais, individual ou coletivamente, na constituição de identidade e sua significação, visto que as desigualdades em saúde envolvem “as dimensões simbólicas individuais e coletivas do existir humano” (*Ibid.*, 2009, p. 221). Os autores afirmam que as diferenças biológicas se expressam por meio de processos de produção social, ou seja, a expressão dos processos biológicos é gerada pela relação entre indivíduo e sociedade e sua interação nesse meio, logo, o efeito desses processos biológicos dependem da posição que os sujeitos ocupam no espaço social e de suas relações sociais. Os indivíduos, assim, são capazes de perceber e ressignificar as expressões dos processos biológicos, associado ao *habitus* em Bourdieu, que corresponde à incorporação pelos indivíduos, no seu inconsciente, de estruturas

relativas a experiências passadas, história coletiva e trajetória individual, que funciona como uma matriz de percepções.

Assim, Vieira-da-Silva e Almeida Filho utilizam as teorias desses três autores (Perelman, Heller e Bourdieu) para analisar a relação entre equidade em saúde, justiça e o processo de determinação social da saúde-doença. Argumentam que, apesar da epidemiologia passar a considerar o fenômeno saúde-doença no âmbito coletivo e não apenas no individual, analisando diferenças relativas a classes sociais, etnias, gêneros, para além de idade, sexo e localização, ela apresenta limites quanto à identificação de disparidades sociais em saúde. Assim, faz-se necessário adotar uma teoria capaz de relacionar as desigualdades em saúde com os processos que as geram dentro do espaço social e das esferas econômica, simbólica e cultural. A proposição dos autores consiste em afirmar que, como um problema da equidade em saúde, “as diferenças de ocorrência de doenças e eventos relativos à saúde são mediadas social e simbolicamente” (*Ibid*, 2009, p. 223), ou seja, as desigualdades em saúde são a expressão empírica da relação entre diferenças biológicas e distinções sociais, de um lado, e as iniquidades sociais de outro.

Exemplos dessa relação apresentados pelos autores são: (i) uma criança com Síndrome de Down que tenha uma rede de relações sociais e amparo familiar e social pode desenvolver atividades cotidianas, ao passo que uma criança com a mesma síndrome em um espaço social que não lhe permite superar seu problema genético dependerá de políticas equânimes - ou, na ausência de equidade, essa diferença biológica se tornará uma desigualdade; (ii) a capacidade de enfrentamento da violência doméstica contra a mulher também varia com o espaço social: a mulher melhor situada no espaço social em termos de capital cultural, econômico e simbólico terá mais capacidade de enfrentá-la; e, (iii) o abandono familiar de pessoas idosas, agrava doenças crônicas está associado às relações familiares que também dependem do espaço social.

Portanto, Vieira-da-Silva e Almeida Filho defendem que as desigualdades em saúde são fruto de diferenças biológicas, distinções sociais e iniquidades sociais. As práticas humanas, sua determinação e intencionalidade em situações concretas de interação social são essenciais para tratar o problema da equidade, sendo necessário para tal reorganizar o espaço social, sua estrutura e relações. A superação dessas desigualdades exige tanto a formulação de políticas públicas de equidade baseadas no direito à saúde e na priorização de necessidades como forma de

justiça quanto a incorporação na pauta política das diferenças situadas no plano simbólico para que deixem de ser “mero resíduo da vida social” (*Ibid*, 2009, p. 223).

Para além de estudos sobre desigualdade e moral utilizados na análise de equidade, Sen também escreve sobre a equidade em saúde especificamente. Em “*Why health equity?*”, o autor afirma que qualquer discussão sobre justiça e equidade social deve ter a saúde e a doença como objetos de discussão. O autor parte do pressuposto de que a saúde é uma consideração social e que equidade em saúde deve ser um elemento central na justiça dos arranjos sociais, não estando apenas relacionada à saúde. Por isso, ele defende que “equidade em saúde certamente não se trata apenas de distribuição de saúde, muito menos do foco mais restrito de distribuição de cuidados em saúde” (SEN, 2002, p. 659, tradução da autora). Ele retoma sua obra “Desigualdade reexaminada” (2001) para relacionar equidade em saúde e justiça social, afirmando que toda teoria de justiça contemporânea valoriza a igualdade em um determinado espaço avaliativo. Por se tratar de uma concepção abstrata, Sen defende que o ponto de partida no entendimento de igualdade é definir o que deve ser igualado e em que espaço a igualdade deve ser buscada, levando a duas questões: “igualdade do que?” e “equidade em que forma?” (SEN, 2002, p. 660). Nessa perspectiva, sendo a saúde central na justiça dos arranjos sociais, a equidade em saúde é fundamental para o entendimento de justiça social. Como a saúde toca diversas esferas da justiça social, a equidade em saúde é essencialmente multidimensional.

Ponto de partida na literatura sobre equidade em saúde em geral, a saúde é condição essencial da vida humana. Sen acrescenta a isso que a saúde, além de um valor em si, constitui também condição para o desenvolvimento de capacidades humanas. Assim, uma ideia de justiça social que preze pela distribuição justa e desenvolvimento de capacidades humanas deve considerar o papel da saúde e as oportunidades dos indivíduos como indispensáveis para se alcançar um bom nível de saúde. As oportunidades de obter bons níveis de saúde ou a ausência de tais oportunidades que conformam justas e injustas, opostamente às escolhas pessoais que afetam o nível de saúde dos indivíduos, ou seja, uma doença que poderia ser prevenida por motivos sociais, como pobreza, falta de acesso ao tratamento ou informação, representa um problema de justiça social, diferentemente de uma decisão pessoal por um comportamento prejudicial à saúde, como consumo de tabaco e álcool. Nesse ponto, Sen apresenta a ideia de capacidades: é necessário diferenciar resultados em saúde da capacidade de obter bons resultados em saúde, que pode ou não ser exercida (SEN, 2002, p. 660). O autor reconhece que

determinados comportamentos relativos à saúde estão além da capacidade de escolha dos indivíduos, como substâncias psicoativas que geram dependência e têm um fator psicológico sobre a capacidade, mas não se estende sobre esse tema, afirmando que, no geral, opta-se por uma boa saúde quando há uma real oportunidade de escolha.

As capacidades e resultados de saúde também devem ser diferenciados das facilidades oferecidas socialmente para a obtenção de resultados em saúde, como os serviços de saúde. Nesse ponto, Sen enfatiza que equidade em saúde não deve ser entendida apenas como uma demanda por serviços de saúde e como eles devem ser distribuídos, pois a obtenção de bons resultados em saúde excede os serviços e cuidados, mas engloba renda, hábitos alimentares e de estilo de vida, ambiente epidemiológico, condições de trabalho, além de claro, propensões genéticas. Essa ideia aponta para a insuficiência de algumas concepções encontradas na literatura de equidade em saúde entendida por uma distribuição regional ou de recursos. Apesar da distribuição de recursos não bastar para definir a equidade, Sen assinala que a forma como a alocação de recursos, bem como os arranjos sociais, é relacionada à saúde também é determinante para a equidade em saúde. A equidade em saúde, para o autor, requer pensar arranjos justos na alocação de recursos, instituições sociais e políticas públicas. Não se trata apenas de diminuir desigualdades, obter resultados, ou ter a capacidade de obter saúde. Apesar de advogar pela perspectiva das capacidades, Sen afirma que, para propósitos de justiça, é preciso considerar também processos, além de resultados e da capacidade de obter resultados de valor. A justiça nos processos pressupõe a completa não discriminação quanto aos cuidados de saúde, ou seja, se determinado grupo social tem mais chances de obter resultados em saúde, seja por causas biológicas ou outras não relacionadas a causas sociais preveníveis, o caminho para reduzir a desigualdade na obtenção de saúde não deve ser pela diminuição dos cuidados ao grupo em vantagem, pois isso seria moralmente errado. Da mesma maneira, políticas de redução de desigualdade em saúde por meio de alocação de recursos não deve menosprezar grupos com vantagens econômicas a fim de diminuir a lacuna entre estes e grupos em desvantagem, pois esta também seria uma abordagem injusta. Assim, Sen argumenta que a busca pela equidade em saúde não deve ser vista apenas pela redução das desigualdades em saúde ou em cuidados de saúde, nem puramente pela obtenção de saúde.

A importância de se pensar a equidade em saúde reside em diversos fatores de acordo com Sen: (i) não basta examinar a equidade e a justiça social, apesar da equidade em saúde fazer

parte de um quadro mais amplo de equidade; o fato da saúde ser central na determinação do bem-estar e nas capacidades e liberdades individuais para “viverem” e “fazerem” na constituição de uma vida de qualidade requer analisar a equidade em saúde mais restritamente, bem como as considerações específicas relativas à saúde na avaliação da justiça, que vão além das desigualdades em saúde; (ii) a concepção de equidade pela distribuição de recursos não é suficiente e não substitui a relevância de estudar a equidade em saúde, pois o nível de saúde dos indivíduos é influenciado por uma série de fatores, que vão além dos sociais e econômicos, mas englobam propensão a adoecimento, saúde adversa, influência de variações climáticas, deficiências pessoais, entre outros. Assim, não basta pensar na distribuição de recursos em saúde, mas é essencial avaliar a obtenção de resultados em saúde por meio de liberdades e capacidades no entendimento da equidade em saúde; (iii) a obtenção de resultados em saúde é determinada, entre outros fatores, por demandas distributivas, ou seja, a melhoria na saúde de um indivíduo gera de fato um avanço social. Porém, se a obtenção de resultados em saúde não for pensada de forma distributiva, grupos em desvantagem podem ficar ainda mais em desvantagem (iv) é preciso considerar as demandas distributivas para propósitos de justiça, em detrimento de uma perspectiva de soma total de utilidades, bem-estar ou saúde, pois esta última visão não leva em conta a distinção entre os indivíduos, ou seja, a privação de uma pessoa causada pela miséria ou doença não é remediada pela melhoria da saúde e bem estar de outro indivíduo – apesar da soma total ser maior, é preciso pensar em uma perspectiva distributiva que considere cada pessoa individualmente. (SEN, 2002, p. 662-3).

Sen conclui que a equidade é um conceito multidimensional e uma disciplina ampla e inclusiva, que não deve ser analisada por critérios unifocais, como igual distribuição de saúde ou diminuição de desigualdades de saúde. O conceito compreende não apenas a distribuição de serviços de saúde, mas a obtenção de resultados saúde e a capacidade de obter saúde, além de processos justos de não discriminação na entrega de serviços de saúde, dentro de arranjos sociais de justiça social e equidade no sentido mais amplo.

O trabalho de Sen sobre as capacidades é utilizado por Ribeiro (2016), que discute a concepção de justiça no campo da saúde ao analisar a Abordagem das Capacitações (AC) proposta por Sen e Nussbaum e a Perspectiva dos Funcionamentos (PF), proposta por Maria Clara Dias (2014). O autor defende esta última como base para o entendimento de justiça social voltada ao funcionamento dos indivíduos, no debate sobre a relação entre justiça social e

equidade em saúde. Ribeiro parte de uma análise da literatura de justiça social, referenciando Sen quanto à igualdade de distribuição de bens em uma sociedade, ou seja, parte da ideia de determinar a quem concerne essa distribuição e o que deve ser igualado por meio dela. Essa igualdade, relativamente à equidade, pode ser entendida em termos de meios e fins, ou seja, enquanto a igualdade é o fim entendido como o alcance de justiça, a equidade é o meio, entendida como as estratégias de pesquisa ou políticas públicas que visam superar a desigualdade (RIBEIRO, C. D., 2016, p. 112).

Na discussão acadêmica sobre equidade em saúde, o autor identifica que as pesquisas focam sobretudo em estudos empíricos de desigualdade em saúde, principalmente em relação ao acesso à saúde e a serviços de saúde. Nos estudos de análise mais teórico, duas abordagens são comumente utilizadas: a equidade na alocação de recursos com um enfoque econômico e a equidade entendida como justiça, que utiliza principalmente as obras de Aristóteles, Rawls e Sen e analisa os conceitos teóricos de igualdade e equidade. O autor descreve diversas formas de definir a equidade encontradas na literatura: equidade horizontal é a “igualdade de tratamento para necessidades iguais”; equidade vertical é a “desigualdade de tratamento na medida em que os que recebem tratamento são desiguais” (DENIER, 2007, p. 44 *apud* RIBEIRO, C. D., 2016); e, equidade em saúde proposta por Margaret Whitehead são as “desigualdades que são desnecessárias, evitáveis e injustas”. Apesar de reconhecer a importância da obra de Whitehead, o autor é um dos poucos que apresenta críticas à sua conceituação de equidade em saúde, no levantamento da revisão sistemática. Sua crítica reside em três pontos: (i) a definição proposta por Whitehead carece de uma teoria de justiça que dê bases para determinar se certa desigualdade é justa ou injusta; além disso, o evitável precede o justo, o que, para o autor, mostra uma confiança na ciência, principalmente na epidemiologia, para estabelecer quais desigualdades em saúde são evitáveis; (ii) a determinação do justo e do injusto de uma desigualdade em saúde depende do grau de escolha ou do controle do indivíduo sobre a situação que causa desigualdade, o que, segundo Ribeiro, ignora considerações éticas, que geram situações de desigualdade em saúde causadas pela “loteria natural” e pelos comportamentos livremente escolhidos; e, por fim, (iii) não é claro para o autor se as situações inevitáveis são causadas por escassez de recursos, conhecimento insuficiente sobre a questão de saúde ou limitações tecnológicas (RIBEIRO, C. D., 2016, p. 1113).

Poucos os estudos apresentam críticas à teoria de Whitehead, mas os que o fazem enfatizam a nebulosidade dos termos “evitáveis”, “desnecessárias” e “injustas” de sua teoria. No entanto, a segunda crítica apontada por Ribeiro no quesito das desigualdades em saúde causadas por comportamentos escolhidos livremente pelos indivíduos, pode ser considerada infundada, pois ela é abordada por Whitehead: na tentativa de melhor definir quais diferenças em saúde são consideradas inevitáveis e quais são consideradas desnecessárias e injustas a autora afirma que as diferenças naturais e biológicas, as causadas por escolhas livres pessoais de comportamento que geram risco à saúde, e as vantagens em saúde transitórias de curta duração geradas por mudança de comportamento de promoção de saúde entre grupos não podem ser consideradas como iniquidades em saúde (WHITEHEAD, 1992, p. 5).

Ao considerar que a teoria de Whitehead apresenta falhas por definir a equidade em termos de desigualdades injustas, evitáveis e desnecessárias, Ribeiro examina teorias de concepção de justiça de modo a sanar essa dissociação entre justiça e equidade, apontada na obra de Whitehead. Analisa, assim, a equidade no tocante aos objetos de valor que podem ser igualados em determinado espaço avaliativo, utilizando-se da teoria de Sen na “Desigualdade reexaminada”. Essa ideia de igualdade de objetos de valor no campo da saúde é vista por três abordagens distintas: iguais resultados de saúde, uso de serviços de saúde para igual necessidade e acesso aos serviços de saúde para igual necessidade (RIBEIRO, C. D. 2016, p. 1113-4). O autor, bem como grande parte da literatura sobre equidade em saúde, rejeita a primeira abordagem por ser irreal alcançar iguais resultados de saúde entre indivíduos. Como os determinantes da saúde são sociais e biológicos e a saúde é afetada por um amplo conjunto de fatores, a igualdade de saúde requereria a adoção de um padrão igual de comportamento de saúde por todos, abrindo mão de valores e escolhas pessoais, para se alcançar o mesmo nível de saúde.

O autor adota a abordagem de igual acesso para igual necessidade, mas com a suposição de uma igualdade de oportunidade na utilização dos serviços de saúde, trazendo o componente da justiça. Para defender sua posição, Ribeiro apresenta duas teorias optando por fim, pela segunda: a Abordagem das Capacitações (AC) de Sen e Nussbaum, definida como uma teoria para “avaliar a qualidade de vida e teorizar sobre justiça social básica” (NUSSBAUM, 2011, p. 18 *apud* RIBEIRO, C. D., 2016, p. 1114), pressupondo o que cada indivíduo é capaz de “fazer” e “ser”; a Perspectiva dos Funcionamentos (PF) de Maria Clara Dias (2014), que define o funcionamento básico como uma condição para uma vida digna, reconhecendo as circunstâncias

específicas dos indivíduos. Aplicado ao campo da saúde, o desenvolvimento e exercício desses funcionamentos básicos devem ser garantidos por uma vida de qualidade e pelo direito à saúde, já que a saúde é entendida como uma capacidade normativa que requer certas condições materiais e de existência para ser exercida. (RIBEIRO, C. D. 2016, p. 1115).

Para Sen (2010), as capacidades correspondem às “várias combinações de estados e ações inter-relacionados que uma pessoa pode realizar” e os funcionamentos a “cada ação ou estado que compõe as diversas opções de combinações disponíveis” (RIBEIRO, C. D., 2016, p. 1114). Já Nussbaum (2011) define dez capacitações centrais, além de uma série de funcionamentos relativos à liberdade. Diferentemente do pensamento da AC de Sen e Nussbaum, em termos de justiça social, a PF considera o próprio funcionamento como objeto de valor a ser igualado, não a liberdade de tais funcionamentos; além disso, não delimita os funcionamentos básicos universais para todos os indivíduos, como faz Nussbaum, mas considera que os funcionamentos variam com o contexto em que o indivíduo está inserido e as experiências vividas. A PF pressupõe uma igualdade de condições básicas de vida e a universalização de políticas que garantem condições mínimas para o exercício das capacidades e funcionamentos básicos. Ribeiro defende a PF por esta considerar o comportamento humano e as relações sociais nos problemas de justiça. O comportamento e as relações sociais não são apenas influenciados pelos arranjos institucionais, mas também dependem do cumprimento da justiça por aqueles que podem e são capazes de realizá-lo. É possível relacionar essa ideia com a moralidade e o dever em Kant: o indivíduo deve impor uma moral a si mesmo, e não a moralidade determinar o que o indivíduo deve fazer, sendo o dever uma obrigação moral que requer liberdade para o indivíduo legislar sobre sua própria moral.

Conforme Rawls (2001), os problemas de justiça são determinados pelo pluralismo moral e pela limitação de recursos. Na PF, os problemas da justiça são também gerados pelo comportamento dos atores no seu cumprimento. Mesmo capazes de fazerem, não o fazem, ocasionando injustiças. Além disso, a PF considera também a limitação de recursos no sentido de que é preciso ter condições necessárias para converter os recursos no exercício de capacidades e funcionamentos relevantes, ideia que vem da teoria de Sen sobre as capacitações, conforme apresentado anteriormente. Essa dimensão da capacidade e dos funcionamentos para o exercício de determinadas ações é o outro ponto levantado pelo autor para justificar sua escolha por essa abordagem. A PF não considera apenas a racionalidade como critério determinante de uma vida

digna, mas examina a multidimensionalidade da vida, que inclui o exercício de uma série de capacidades e funcionamentos para alcançar uma vida digna e de qualidade. É nesse sentido que a capacidade de ser saudável, para além de um valor em si, é um requisito para o exercício de outros funcionamentos e capacidades (RIBEIRO, C. D. 2016, p. 1116). Nessa lógica, a equidade em saúde tem um caráter multidimensional.

Ribeiro não exclui as duas abordagens de equidade em saúde, por uso de serviços ou acesso a eles, reconhece que ambas são válidas, mas é preciso considerar nelas as dimensões dos funcionamentos e das capacidades. Ambas abordagens consideram a limitação de recursos, que também afeta os funcionamentos e capacidades, porém, são limitadas quanto à noção de justiça. Assim, propõe o entendimento da equidade pela PF que, no questionamento apresentado pelo autor de quem são os concernidos e o que deve ser igualado para propósitos de justiça, estabelece que os sistemas funcionais são os concernidos e a integridade funcional desses sistemas deve ser igualada (RIBEIRO, 2016, p. 1117). Alcançada essa igualdade, os indivíduos devem ter liberdade de escolha, um dos funcionamentos essenciais, para optar por acesso aos serviços de saúde ou seu uso.

Mooney e Jan (1997) analisam a equidade em saúde por meio do contraponto entre equidade vertical e equidade horizontal, tentando compreendê-la de duas formas: como a justa distribuição de resultados ocorre dentro da perspectiva de justiça distributiva e quais processos devem ser adotados na perspectiva de justiça processual em detrimento da justiça por resultados. Assim como os demais autores apresentados, Mooney e Jan rejeitam a ideia da igualdade em saúde como objetivo último; apesar de resultados em saúde serem um dos propósitos da equidade em saúde, não são seu único componente. Assim como Sen (2002), que afirma que uma abordagem unifocal sobre a equidade em saúde pode levar ao equívoco de entendê-la pelo que tal abordagem exclui e nega, Mooney e Jan também defendem que a equidade não deve ser pensada unicamente em termos de igualdade em saúde, mas dos motivos pelos quais as desigualdades em saúde são consideradas inaceitáveis pela sociedade (MOONEY; JAN, 1997, p. 84). Assim, “é possível aceitar a significância de uma perspectiva sem tomar tal perspectiva como base suficiente para rejeitar outros jeitos de olhar para a equidade em saúde” (SEN, 2002, p. 664).

Jardanovski e Guimarães (1993) analisam a equidade em saúde por meio de suas bases teóricas, passando pelo sistema britânico de saúde, o *National Health Service* (NHS), a fim de trazer luz para a saúde no caso brasileiro com o Sistema Único de Saúde (SUS). Os autores associam a

equidade à justiça social, mostrando relação direta entre o sistema de saúde de um país com os valores socioeconômicos adotados e, por consequência, ao conceito de justiça social. Duas abordagens são mais comumente utilizadas na concepção dos sistemas de saúde em termos de organização socioeconômica capitalista. A primeira é a liberal/conservadora, baseada no individualismo e na liberdade, na qual os indivíduos, como consumidores e com base em racionalidade, preferências e necessidades, são capazes de obter resultados em saúde, não cabendo ao Estado tal preocupação. A outra é a social democrata, na qual a igualdade é valorizada para os indivíduos efetivarem suas próprias opções e as diferenças socioeconômicas entre eles não condicionam seu consumo, cabendo ao Estado a provisão de necessidades básicas como direito dos indivíduos (JARDANOVSKI; GUIMARÃES, 1993, p. 40).

A busca pela equidade só seria possível pela perspectiva social democrática, que busca a promoção de condições que forneçam oportunidades de forma mais igualitária. A partir disso, os autores buscam conceituar a equidade, inicialmente pelas concepções de equidade em saúde como formas de igualdade de Mooney (1986): (i) igualdade de gasto per capita; (ii) igualdade de insumos (recursos humanos, equipamentos, etc.) per capita; (iii) igualdade de insumos por necessidades iguais; (iv) igualdade de acesso por necessidades iguais; (v) igualdade de utilização por necessidades iguais; e, (vi) igualdade de necessidade marginal (JARDANOVSKI; GUIMARÃES, 1993, p. 40). Dentre as três primeiras definições, optam pela igualdade de insumos por necessidades iguais, pois diferencia da simples igualdade de distribuição de insumos ao considerar as necessidades de saúde dos indivíduos. O problema levantado pelos autores dessa conceituação é a ausência de uma definição clara de necessidades de saúde pela literatura, que se encontra entre os limites do monitoramento do perfil epidemiológico e da relação médico-paciente. As necessidades em saúde estão relacionadas a aspectos técnicos e, por isso, tampouco equivalem a demandas, visto que necessidades em saúde não se convertem em demanda, nem o sentido inverso é válido. A demanda por serviços de saúde é influenciada por diversos fatores suplementares, como nível educacional, aspectos culturais e religiosos, qualidade percebida do serviço, entre outros (JARDANOVSKI; GUIMARÃES, 1993, p. 41).

A equidade em saúde também pode ser vista pela oferta de serviços de saúde e pela demanda por eles. De acordo com os autores, a equidade entendida como igualdade de acesso por necessidades iguais relaciona-se à oferta de serviços ou cuidados em saúde, ao passo que a

igualdade de utilização por necessidades está relacionada à oferta e demanda de saúde. O igual acesso corresponde à igualdade de custo para acessar certo serviço de saúde. No entanto, dado o acesso equitativo, a igual utilização depende do valor que os indivíduos dão a esses serviços. A combinação do acesso e da demanda levará a determinado nível de utilização dos serviços de saúde por igual necessidade. Essa utilização é igualitária quando os indivíduos tiverem igual acesso e as mesmas demandas (JARDANOVSKI; GUIMARÃES, 1993, p. 41). A relação da oferta de serviços de saúde e sua demanda afeta diretamente a equidade em saúde. Os autores apresentam a “Lei de Atenção Inversa” de Hart, que consiste na afirmação de que a disponibilidade de serviços de saúde tende a variar inversamente à necessidade da população, visto que fatores socioculturais da demanda têm maior peso na oferta de serviços de saúde do que as reais necessidades dos indivíduos.

Tomar as necessidades como centrais na provisão de serviços de saúde requer determinar uma hierarquia de necessidades, com base em uma análise de custo-benefício. Essa abordagem constitui a equidade de necessidades marginais, na qual os recursos são alocados conforme uma avaliação de custo-benefício. Essa definição tem como objeto de análise a relação entre as necessidades, que pode ser entendida como uma forma de equidade vertical, ou seja, o tratamento desigual para indivíduos com necessidades diferentes, opostamente à equidade horizontal, que consiste em uma abordagem de análise intranecessidade, ou seja, tratar igualmente aqueles que têm as mesmas necessidades (JARDANOVSKI; GUIMARÃES, 1993, p. 42)

Apesar da relação da oferta e da demanda contribuir para o entendimento da equidade, ela não é suficiente, pois há outros fatores que causam iniquidades em saúde, como desigualdade de renda, nível educacional e infraestrutura sanitária, que afetam a qualidade de vida e o acesso a serviços de saúde. Assim, os autores defendem que a equidade de utilização para iguais necessidades é a definição mais completa e justa de equidade, visto que já presume que uma equidade de acesso por necessidades iguais é igualdade de recursos. Tal definição carece, no entanto, de uma análise vertical das necessidades, ou seja, a avaliação de custo-benefício. Nesse ponto, os autores afirmam que a definição de equidade por necessidades marginais preenche essa lacuna, apesar de ainda ser necessária uma articulação com outros setores sociais. Há, para os autores, uma preocupação em examinar a relação entre equidade e eficiência na busca por uma situação ótima. Essa relação carrega elementos de ordem ética,

opostamente a uma racionalidade econômica, visto que é necessário hierarquizar as necessidades em saúde e estabelecer prioridades para o sistema de saúde. Logo, um modelo de saúde terá determinada política de saúde com princípios norteadores coerentes com o matiz ideológico da sociedade em que está inserido (JARDANOVSKI; GUIMARÃES, 1993, p. 48). A equidade torna-se uma questão central nesse cenário, visto que tem como princípios a igualdade e o direito, que, a fim de serem garantidos, são pensados em termos de necessidades de saúde - concepção, que, no entanto, ainda carece de uma definição e maneiras de mensuração objetivas. Das formas apresentadas pelos autores de definir a equidade por meio de necessidades de saúde, concluem, pelos motivos já apresentados, que a igualdade de utilização por iguais necessidades é a opção mais igualitária e justa, mas enfatizam que, para a equidade de utilização por iguais necessidades ser efetivada, é preciso observar outros conceitos relativos à equidade, como o acesso e a definição de prioridades de saúde por meio de uma negociação política.

Por fim, o artigo de Corgozinho e Oliveira analisa a equidade em termos de ética dentro da dimensão da bioética, trazendo também a ideia de justiça. A bioética incorporou temas sociais em 2005 por meio da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, introduzindo a justiça distributiva na área. Assim, a bioética passa a ser utilizada também para pensar as desigualdades em saúde, ocasionadas por uma série de fatores como condição de saúde, distribuição, organização e utilização de recursos de saúde. Os autores defendem que, dadas as desigualdades em saúde, grupos vulneráveis devem ser priorizados no que tange à alocação de recursos, o que configura uma forma de busca pela equidade. Como um campo do saber, a bioética fornece mecanismos teóricos para a formulação de políticas em saúde, contribuindo para pensar a alocação de recursos sanitários em termos de equidade.

Os autores conceituam a equidade a partir da premissa aristotélica de diferenciação entre equidade e justiça, visto que esta última se desdobra em justiça legal, entendida como a justiça formal, e justiça natural, que corresponde às leis da natureza. Já a equidade é superior à justiça legal, sendo um modo de correção da lei em razão de deficiências causadas por sua universalidade. Na visão aristotélica, a equidade é um mecanismo utilizado na aplicação da lei em casos concretos para corrigir possíveis equívocos do legislador, enquanto, na visão dos autores, a equidade específica em saúde corresponde à distribuição de recursos e outros processos relativos às desigualdades de grupos vulneráveis. Assim, “a iniquidade consiste em uma injusta desigualdade em saúde” (CORGOZINHO; OLIVEIRA, 2016, p. 434). O conceito de equidade

em saúde adotado pelos autores é a formulação proposta por Whitehead. Concordam com a ideia de Rawls de justiça igualitária e com a afirmação de Whitehead de que “iniquidades em saúde se referem a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social” (WHITEHEAD, 1992, p. 5). Assim, os autores defendem que concerne à equidade a busca pela igualdade de oportunidades no acesso à saúde, visto que o uso do serviço de saúde é principalmente determinado pelo paciente, que depende de suas características e barreiras do sistema de saúde.

Os autores afirmam que a equidade é muitas vezes pensada como a formalidade de um direito, que, no entanto, não é plenamente efetivado, mas a abordagem da equidade deve ser, de fato, pelos conceitos de justiça social que requer, entre outros fatores, a justa distribuição de recursos financeiros e a redução das situações de vulnerabilidade humana, que acometem os indivíduos tanto por meio do adoecimento e morte, quanto pela ausência de condições básicas de necessidade humana. O alcance da igualdade em saúde deve ser objetivado pela redução das disparidades em saúde, que por sua vez, depende da redução das desigualdades sociais, visto que há uma forte relação entre nível de saúde e pobreza, sexo, raça, localização geográfica, nível de escolaridade, renda, entre outros elementos que compõem a posição social. Para os autores, a cobertura e oferta de serviços não é suficiente para reduzir tais disparidades; para além do estado de saúde dos indivíduos, é necessário examinar os fatores determinantes e condicionantes de saúde (CORGOZINHO; OLIVEIRA, 2016, p. 435).

A vulnerabilidade é central na concepção dos autores, que a entendem como necessária para a efetivação da autonomia individual ao reconhecer que os indivíduos são essencialmente vulneráveis e podem ferir uns aos outros, sendo necessário prevenir qualquer prejuízo à sua autodeterminação. A visão da bioética quanto à vulnerabilidade consiste na desproteção social dos indivíduos afetados pelas iniquidades em saúde. Assim, essa nova perspectiva adotada desde 2005, incorpora as dimensões social e cultural no âmbito da saúde. A equidade torna-se uma preocupação na bioética dada uma responsabilidade social de “assegurar que o progresso da ciência e da tecnologia contribua para a justiça” (UNESCO, 2005). A definição de equidade eleita, nesse cenário, consiste na alocação de recursos públicos em favor de grupos vulneráveis, que reconhece que a redução das desigualdades injustas decorre de fatores fora do controle dos indivíduos (CORGOZINHO; OLIVEIRA, 2016, p. 437), o que representa um marco ético no processo de decisão de alocação de recursos públicos. A equidade em saúde,

assim, requer um critério moral imparcial por parte dos gestores nesse processo, que “implica o debate ético acerca da liberdade, das capacidades, das oportunidades e dos indivíduos, tendo em conta a análise do contexto em que vivem” (CORGOZINHO; OLIVEIRA, 2016, p.437).

Essa concepção que toma considerações acerca da liberdade, capacidades, oportunidades e dos próprios indivíduos vai contra à ideia utilitarista antes adotada na bioética latino-americana de priorização das políticas com o fim de beneficiar o maior número de pessoas pelo maior período e gerar os melhores resultados. A desigualdade justa rejeita, assim, a visão utilitarista de que a justiça na alocação de recursos deve ter como objetivo a soma ótima das utilidades, que ocasionaria o maior número de utilidades individuais, mas opta pela priorização nas políticas de saúde como ética da responsabilidade pública. Logo, os autores defendem que “a equidade deve ser considerada como um conceito ético normativo que a diferencia da igualdade” (CORGOZINHO; OLIVEIRA, 2016, p. 437), cujo papel deve ser mensurar normativamente as diferenças ou desigualdades injustas nos estados de saúde dos indivíduos. Para os autores, a equidade tem a finalidade de corrigir a situação de igualdade, visto que este princípio é imperfeito para os objetivos de promoção da justiça, que consiste numa visão aristotélica.

4.2.2.3. Acesso como elemento constituinte da equidade

A questão do acesso aos serviços de saúde é amplamente explicitada na literatura de equidade em saúde. Muitos autores enfatizam esse elemento como central na definição do conceito de equidade, na perspectiva de igualdade de acesso para iguais necessidades (MOONEY, 1986). Alguns autores, no entanto, afirmam que o acesso deve ser entendido no que tange à equidade em cuidados em saúde, não à equidade em saúde (WHITEHEAD, 1992), outros o contrapõem à noção de uso dos serviços de saúde. Por outro lado, há autores que o veem como uma das formas de mensuração da equidade em saúde, mas não como parte de sua definição. Na revisão sistemática da literatura, foram identificados três estudos que tomam o acesso como elemento constituinte da equidade em saúde: dois estudos são de definição explícita e um estudo é de definição implícita.

Autor (Ano)	Título	Definição	Equidade é:
Assis, M.; Jesus, W. (2012)	Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise	Explícita	Equidade em saúde é compreendida como diretriz de organizar ações e serviços de saúde distintos e direcionados para grupos populacionais desiguais socialmente, com forte traço de “discriminação positiva” para superar essas desigualdades injustas através da formulação e implementação de determinadas ações.
Sanchez, R.; Ciconelli, M. (2012)	Conceitos de acesso à saúde	Explícita	A equidade em saúde é uma variável cultural. É determinada por indicadores de processos e resultados das dimensões do acesso (disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação). É alcançada por meio de ações intersetoriais e transversais a todas as áreas de governo, abrangendo políticas sociais e econômicas, permitindo melhor distribuição de renda, fortalecimento da cidadania, melhores condições de educação e habitação, e não somente através de ações circunscritas ao nível de atuação dos sistemas de saúde.
Gusmano, M. K.; Weisz, D.; Rodwin, V. G. (2009)	Achieving horizontal equity: must we have a single-payer health system?	Implícita	A cobertura universal é insuficiente para eliminar iniquidades geográficas no acesso a cuidados, mas pode reduzir disparidades no acesso à atenção primária pela redução de barreiras financeiras. A distribuição geográfica de recursos de cuidado à saúde e barreiras financeiras ao cuidado têm maior impacto que o número de pagadores no nível de equidade horizontal que o sistema de atenção à saúde pode alcançar.

Quadro 8 – Domínio temático: Acesso como elemento constituinte da equidade em saúde

O conceito de acesso à saúde transformou-se, ao longo do tempo, com a incorporação de elementos mais complexos; se na década de 70, ele estava relacionado mais restritamente à disponibilidade e à capacidade de pagamento, tomando apenas as dimensões geográficas e financeiras, a literatura recente passou a admitir elementos mais abstratos como aspectos cultural, educacional e socioeconômico, incluindo a dimensão da aceitabilidade na análise do acesso (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Pode-se inferir que esta mudança se deve, em parte, à transformação do próprio conceito de saúde, que não corresponde mais apenas à ausência de doença e à obtenção de cuidados médicos, mas incorpora outras esferas da vida, como educação, moradia, alimentação, aspectos culturais e sociais. Assim, enquanto alguns autores usam o termo “acesso a serviços de saúde”, outros referem-se à ideia mais ampla de “acesso à saúde”.

Por meio de uma revisão da literatura, Sanchez e Ciconelli (2012) estudam a complexidade do conceito de acesso por meio da análise de quatro dimensões e seus indicadores: (i) disponibilidade; (ii) aceitabilidade; (iii) capacidade de pagamento; e, (iv) informação, que contribuem para o entendimento de equidade no acesso e cujos indicadores possibilitam a determinação de desigualdade no acesso à saúde. A incorporação de novos elementos na definição do acesso relaciona-se ao reconhecimento de que as desigualdades em saúde e no acesso a serviços de saúde resultam de fatores externos ao campo da saúde, englobando políticas econômicas e sociais, o cenário político e o crescimento econômico. Na década de 70, o acesso a serviços de saúde era visto, majoritariamente, pelas características da população, como renda, cobertura de seguro de saúde, estrutura social e pela disponibilidade do sistema de saúde e das instituições de saúde, quanto à sua organização e localização geográfica. Suas formas de mensuração e avaliação consistiam principalmente em indicadores de passagem pelos serviços de saúde ou pelo grau de interação dentro do sistema.

A fim de compreender mais significados do que apenas a disponibilidade de recursos no acesso, alguns autores adotam o termo acessibilidade, que remete à ideia de inclusão, como utilizado, por exemplo, na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (2015). Donabedian (1973), que considera dois aspectos do acesso (sócio-organizacional e geográfico), utiliza esse termo, pois defende que ele considera as necessidades da população (aspecto sócio cultural dadas as condições social, cultural, educacional e econômica dos indivíduos) e não apenas a disponibilidade de recursos (dimensão geográfica entendida em função do espaço e tempo entre usuário e serviço de saúde). Thiede e McIntyre (2008), por sua vez, consideram a

acessibilidade como uma das dimensões constituidoras do acesso, juntamente com as dimensões de disponibilidade e aceitabilidade. Posteriormente, a noção de liberdade é acrescida à compreensão do acesso por McIntyre e Mooney, dada pelos atributos individuais e pela relação entre o indivíduo e o sistema de saúde, ideia que pode ser relacionada ao pensamento de Sen no tocante às capacidades e liberdades individuais na obtenção de resultados em saúde.

A consideração das capacidades e liberdades individuais também pode ser derivada da concepção da OMS (1994) sobre promoção de saúde, definida como “o processo pelo qual as pessoas são habilitadas a melhorar a sua saúde e aumentar o controle sobre ela” (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p. 261), que supõe que indivíduos são capazes de conceber suas próprias pretensões e satisfazer suas necessidades. “A saúde é [...] vista como um recurso para a vida cotidiana. É um conceito positivo [...]” (Ibid, 2012, p. 261). Como já mencionado, a nova acepção de saúde, bem como de promoção de saúde, vai além do simples acesso físico ao sistema de saúde, mas incorpora outros fatores, como a capacidade e o conhecimento individual quanto suas necessidades e anseios. Por isso, o próprio conceito de acesso é acrescido de outros aspectos.

Incorporam-se às dimensões “disponibilidade” e “capacidade de pagamento” do acesso à saúde, já consagradas na literatura, as dimensões “informação” e “aceitabilidade”. A dimensão da disponibilidade trata de um conceito físico de entrada no sistema, logo, de mais fácil mensuração. Consiste na existência ou não do serviço no local apropriado e no momento necessário, na relação geográfica dada pela distância e opções de transporte para o indivíduo até o serviço de saúde, no horário de funcionamento do serviço e na abrangência, qualidade e quantidade dos serviços prestados. Seus indicadores são o tipo de serviço utilizado, o local e o propósito do cuidado, e a relação populacional em risco que visitou um serviço ou médico em determinado intervalo ou relativo número de leitos e equipamentos. A dimensão da capacidade de pagamento (*affordability*) consiste na relação entre o custo de usar o serviço de saúde e a capacidade financeira (*ability-to-pay*) individual, bem como nos fatores relativos ao financiamento dos sistema de saúde, cujos indicadores são a elegibilidade dos indivíduos a benefícios, ao financiamento de saúde, à cobertura do plano de saúde ou ao sistema público, a quantidade e temporalidade do salário, o acesso a crédito, as características da fonte regular de cuidados e os custos diretos e indiretos com saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, pp. 261-3).

A tangibilidade das dimensões cai partindo da dimensão da disponibilidade, passando pela capacidade de pagamento, em seguida, pela informação, até a dimensão menos tangível da

aceitabilidade, de mais difícil mensuração. A dimensão da informação consiste no processo de comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo. A assimetria de informação dada pela distribuição desigual de informação e as informações imperfeitas e incertas são causas de desigualdades no acesso à saúde. A informação também está relacionada à capacidade e à liberdade de tomada de decisão do indivíduo quanto ao sistema de saúde: do mesmo modo que pode empoderar indivíduos a tomar decisões bem informadas quanto à sua relação com o sistema de saúde, a falta de conhecimento sobre opções devida à assimetria de informações leva o indivíduo a perceber um menor número de escolhas possíveis do que o real número de opções disponíveis. Assim, “a informação pode determinar a lacuna entre a oportunidade de utilização e a real utilização dos serviços de saúde” (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p. 263). Nesse sentido, há autores que acreditam que a informação é central no debate sobre equidade, pois gera o empoderamento de indivíduos no sentido de ajudá-los a tomar decisões e fazer escolhas em relação ao cuidado em saúde, o que deve ser tido como um objetivo de políticas de saúde em sociedades democráticas. O processo para se obter essa condição e reduzir as disparidades em saúde, no entanto, ainda é debatido. Há autores que defendem que a maneira de reduzir as disparidades é por meio de promoção de fontes de informação, escolaridade, ou letramento em saúde.

Por fim, a aceitabilidade é a dimensão mais abstrata, que consiste na natureza dos serviços prestados e no modo como são percebidos pelos indivíduos, na relação entre atitude de profissionais de saúde e indivíduos, bem como na qualidade percebida do serviço pelo usuário e na sua confiança no sistema de saúde, que sofrem influências sociais e culturais. Tal dimensão é menos tangível, pois tem influências de fatores diversos, como as variáveis imutáveis (sexo, idade, etnia, idioma, crenças culturais e condição socioeconômico) e os indicadores de processo que incluem variáveis como crenças e atitudes frente à saúde e conhecimento e informação sobre o cuidado em saúde, que podem mudar tanto as políticas de saúde, quanto a predisposição dos indivíduos (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p. 264).

Expostas as dimensões do acesso e seus indicadores, Sanchez e Ciconelli afirmam que o acesso tem sido entendido como “a oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos” (2012, p. 264). No entanto, consideram que a utilização não é um indicador de acesso *per se*, mas padrões de utilização contribuem para analisar a equidade. Há diversos fatores que determinam o acesso: as barreiras

ao cuidado percebidas pelos indivíduos, a distribuição de renda e de recursos sociais dentro da perspectiva de justiça social, a determinação e vontade (*willingness*) dos pacientes de buscar o cuidado em saúde, sua aceitabilidade quanto ao serviço ou tratamento, questões sociais (raça, gênero, etnia e idioma), entre outros. Assim como a equidade, o acesso é determinado culturalmente, o que leva ao debate por alguns autores da cautela necessária para analisar ambos os conceitos, que são internacionalmente dominados por uma perspectiva ocidental. Como também no debate sobre direitos humanos, há uma presunção ocidental ao impor linguagem e valores culturais ocidentais. Conforme as autoras, a incorporação de elementos não materiais no acesso, que vai além das dimensões geográficas e financeiras e passa a considerar dimensões sociais e culturais, torna o limite entre acesso e equidade mais tênue e o conceito de acesso mais próximo à ideia de justiça social. Assim, apontam que, para solucionar o problema do acesso à saúde e conseqüentemente da equidade em saúde, ações intersetoriais e transversais, que incluam políticas sociais e econômicas devem ser formuladas e implementadas, visto que a saúde não é mais entendida pelo binômio saúde-doença, mas pela saúde da população como bem-estar. Tais ações são necessárias tendo em vista que a universalização do acesso não é suficiente para garantir a equidade em saúde.

Nessa mesma linha, Assis e Jesus (2012) afirmam que a saúde como direito universal, apesar dos avanços observados no Brasil, não foi capaz de eliminar as desigualdades no acesso, visto que “a legalidade de uma proposta não assegura a sua implementação” (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2866). Para efetivar o direito à saúde, é necessário um modelo com princípios de solidariedade humana e igualdade social. No entanto, a realidade da saúde, em especial no Brasil, ainda apresenta um acesso excludente e seletivo. Assim como Sanchez e Ciconelli, Assis e Jesus ressaltam a importância de se extrapolar a dimensão geográfica e econômica e englobar as condições de vida da população, a acessibilidade, os aspectos culturais e o aspecto funcional dos serviços na adequação da oferta com as necessidades dos indivíduos. Os autores também propõem a análise do acesso por meio de suas dimensões, que consistem em: (i) política, (ii) econômica-social, (iii) organizacional, (iv) técnica e (v) simbólica. A dimensão política consiste na pactuação e na tomada de decisão entre as instâncias de poder com participação social e acompanhamento do processo, pautado pelo comprometimento ao acesso universal pelos formuladores de políticas de saúde. A dimensão econômico-social refere-se aos investimentos na rede pública pelos níveis de complexidade, à definição das responsabilidades financeiras de cada

esfera de poder (no caso federativo do Brasil), e à identificação de barreiras sociais, econômicas, culturais e físicas ao acesso a fim de possibilitar uma organização equitativa dos serviços de saúde em seus diferentes níveis. A dimensão organizacional consiste na capacidade dos serviços de responder às demandas dos usuários e no fluxo do atendimento, sendo necessário o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada. A dimensão técnica consiste na responsabilização dos profissionais e gestores de saúde no que tange à competência, habilidade, autonomia e compromisso, além da qualidade do serviço e da integralidade da atenção pelo acolhimento, vínculo e autonomia. Por fim, a dimensão simbólica corresponde à compreensão do processo saúde-doença, das culturas, crenças e valores dos diferentes grupos sociais e em relação à localização dos mesmos (ASSIS; JESUS, 2012, pp. 2872-3).

Os autores tomam como base quatro dimensões explicativas propostas por Giovanella e Fleury (1995) e seus modelos teóricos derivativos, a saber: (i) dimensão econômica e o modelo economicista, relativo à oferta e demanda; (ii) dimensão técnica e o modelo sanitarista-planificador, relativo à planificação e organização da rede de serviços; (iii) dimensão política e o modelo sanitarista-politicista, relativo ao desenvolvimento da organização popular e da consciência sanitária; e, (iv) dimensão simbólica e o modelo das representações sociais, relativo à atenção e ao sistema de saúde (ASSIS; JESUS, 2012, p.2866). Além disso, consideram também as dimensões específicas de acesso: (i) disponibilidade (relação entre volume e tipo de serviços, volume de usuários e tipo de necessidade), (ii) acessibilidade (relação entre localização da oferta e de usuários, distância, deslocamento e custo), (iii) adequação funcional (relação entre organização da oferta e capacidade/habilidade dos usuários de se adequarem a ela e considerá-la conveniente, além de fatores capacitantes como capacidade financeira e relação custo-oferta), e (iv) aceitabilidade (relação entre a atitude dos usuários, profissionais de saúde e práticas dos serviços) (ASSIS; JESUS, 2012, pp. 2867-8).

Os autores apontam algumas definições de acesso da literatura: o acesso representa um “grau de ajuste entre os serviços de saúde e a comunidade” (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2868), e o “acesso é a liberdade de usar serviços de saúde” (THIEDE; MCINTYRE, 2008 *apud ibid.*, p. 2868), representado pelas dimensões de disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade. As dimensões de disponibilidade e aceitabilidade, nesse caso, correspondem às mesmas já expostas na concepção de Sanchez e Ciconelli. Já a acessibilidade, diferentemente do conceito de Donabedian,, é considerada por Thiede e McIntyre como outra dimensão do acesso, que pode ser

derivada da dimensão de capacidade de pagamento de Sanchez e Ciconelli, pois refere-se aos custos diretos e indiretos com saúde relativos à capacidade de pagamento dos usuários. O acesso, entendido como a liberdade para utilizar serviços, além de depender de uma série de fatores nas dimensões apresentadas, é ainda mediado por fatores individuais que determinam o uso do serviço de saúde: fatores predisponentes (predisposição do indivíduo para usar serviços de saúde), capacitantes (condições de renda, cobertura de saúde e oferta de serviços) e determinantes (necessidades de saúde e diagnóstico) (*Ibid.*, p. 2868).

Ao passo que a utilização do serviço pode ser considerada, nessa perspectiva, a concretização positiva do acesso - apesar de ainda depender dos fatores individuais acima listados - ele pode ser visto como a forma de entrar no sistema de saúde, o que corresponde à APS e aos serviços básicos de saúde que, por sua vez, também dependem dos fatores já apresentados (demanda e oferta, distância, recursos, capacitação técnica dos profissionais, capacidade de atendimento, etc). Isso leva à discussão da necessidade de uma articulação entre os diversos níveis de complexidade da rede assistencial, de modo a garantir também o acesso aos níveis de atenção secundária e de alta complexidade, cujos recursos se concentram majoritariamente no setor privado no Brasil, especializado em áreas de alto custo. O desequilíbrio entre oferta, demanda e capacidade de atendimento, dado pela falta de articulação da rede de forma regionalizada, de referência e contrarreferência nos diferentes níveis, torna o modelo de saúde assistencialista, em função de demandas espontâneas, não garantindo um atendimento integral (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2869). O acesso à APS no caso brasileiro, apesar da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ser bem-sucedida na redução das iniquidades em saúde e na expansão do acesso à APS, ainda enfrenta barreiras em razão da oferta inadequada e da demanda reprimida, causada principalmente por fatores sociais.

Desse modo, os autores defendem a discriminação positiva em favor de grupos específicos a fim de superar as desigualdades injustas por meio de ações e serviços de saúde diversos e voltados para grupos desiguais socialmente, o que, segundo eles, consiste no princípio da equidade em saúde. A dificuldade de se alcançar um acesso equitativo, no entanto, consiste no fato de que “cada segmento social tem diferentes demandas produzidas por processos sociais de exclusão nem sempre percebidas pelo poder público” e “quando estas demandas são percebidas, muitas vezes a gestão não tem acúmulo reflexivo para formular políticas” (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2871). É necessário atentar às mudanças sociais e demográficas, de modo a perceber as

necessidades de saúde da população, evitar a demanda reprimida e prever novas demandas, reduzindo a desproporção entre oferta e demanda, além de eliminar barreiras financeiras entre o sistema de saúde e os usuários e a mercantilização do setor da saúde. Assim, os autores propõem as dimensões acima expostas, tendo o princípio da equidade como base, como meio para se alcançar o atendimento das necessidades de saúde em um sistema de “atenção responsável, integral, resolutiva, equânime e de qualidade” (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2873).

Gusmano *et al.* (2009) fazem uma análise da relação entre equidade horizontal e tipo de pagador dos sistemas de saúde, comparando os sistemas de saúde da Inglaterra, caracterizado pela cobertura universal e pagador único, da França, que é um sistema de cobertura universal e pagador múltiplo, e dos Estados Unidos, que é um sistema de cobertura mista com pagador múltiplo. Os autores buscaram entender a relação entre as formas de pagamento e o tipo de cobertura do sistema de saúde, e a sua capacidade de providenciar um acesso igual aos indivíduos desses países. Como uma das medidas de acesso à atenção primária efetiva e pontual, os autores tomaram a alta hospitalar após condições hospitalares evitáveis.

A análise de Gusmano *et al.* aponta para o pouco impacto que o número de pagadores do sistema de saúde tem na capacidade dos sistemas de fornecerem igual acesso. Na relação entre número de pagadores, cobertura do sistema e capacidade de oferecer acesso igual, os autores afirmam que o número de pagadores tem menos importância do que o tipo de cobertura. A cobertura universal contribui para a redução das disparidades no acesso ao cuidado primário, visto que diminui as barreiras financeiras. No entanto, os autores concluem que somente a cobertura universal é insuficiente para eliminar as iniquidades do acesso ao cuidado em saúde em termos geográficos (GUSMANO *et al.*, 2009, p. 629).

4.2.2.5. Equidade sob o ponto de vista do direito à saúde e da democracia

Foram identificados cinco estudos, todos de definição explícita, que analisam a equidade em saúde sob a perspectiva do direito à saúde ou do regime político da democracia. Todos os estudos são produções nacionais e focam-se principalmente na equidade em saúde no SUS.

Autor (Ano)	Título	Definição	Equidade é:
de Barros, F.; de Sousa, M. (2016)	Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS	Explícita	O princípio da equidade é um elemento de diferença dentro de um espaço de igualdade que é a cidadania; é necessária ser somada à igualdade para compor o universal, que comporte o direito à diferença. Carrega princípios de solidariedade, tolerância e confiança. A equidade em saúde tem diversas dimensões: oferta, acesso, utilização de serviços de saúde, financiamento, qualidade da atenção, situação de saúde e condições de vida da população. A equidade em saúde é uma estratégia para atingir a igualdade de oportunidade no gozo de boas condições de saúde e de acesso aos serviços de saúde, considerando as disparidades de ordem social, étnica, econômica e cultural.
Souto, K. M. B.; Sena. A. G. N.; Pereira, V. O. de M.; Santos, L. M. dos (2016)	Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa?	Explícita	A equidade é fundamental para garantir a universalidade da saúde. A equidade corresponde a uma intervenção de agentes sociais como juízes sobre situação de conflito, de impacto sobre os determinantes sociais da saúde. Políticas de equidade devem ser voltadas para as necessidades de segmentos da população mais vulneráveis, mais expostos ao risco de adoecer ou morrer em função de características econômicas, sociais, culturais e históricas, e garantir o acesso à saúde com qualidade a eles, ampliar seus direitos e autonomia e reduzir as desigualdades sociais. Equidade requer superar as diferenças, tratando

			desigualmente os desiguais (ação afirmativa ou discriminação positiva). A equidade em saúde articula-se com os princípios de universalidade e integralidade na proporção de igualdade e justiça social.
Coelho, I. (2010)	Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil	Explícita	Equidade é a desigualdade justa. Equidade em saúde não tem os mesmos determinantes da equidade no acesso a serviços de saúde e esta não leva à primeira. Equidade em saúde está relacionada a determinantes sociais dos processos de adoecimento (estilo de vida, questões genéticas e ambientais, renda, etc.). A equidade não decorre da democracia. Equidade em saúde deve estar associada à universalidade e integralidade.
Souza, R. R. de (2008)	Políticas e práticas de saúde e equidade	Explícita	Equidade significa respeitar o direito de que todos são iguais e buscar dar mais prioridade àquele que mais precisa. Equidade tem um valor de justiça, ou seja, de se buscar dar mais a quem precisa mais. A equidade requer a existência de equidade. A equidade em saúde implica em prover a cada um a atenção, as ações de saúde segundo suas necessidades. Buscar equidade em saúde corresponde a identificar uma população específica, com uma necessidade específica, com uma complexidade específica.
Duarte, M. C. R. (2000)	Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?	Explícita	A equidade de oportunidade na saúde corresponde ao acesso universal e igualitário. A equidade de condições na saúde corresponde à ação sobre os determinantes nos níveis de saúde. A equidade em saúde compete ao setor público de saúde no cumprimento de atenuar as iniquidades sociais, atuando

			sobre os fatores que determinam os diferenciais injustos e evitáveis em saúde, e prover toda a população de atenção e serviços que atendam às necessidades de saúde, respeitando as particularidades de cada grupo social, com o mesmo nível de qualidade.
--	--	--	--

Quadro 9 – Domínio temático: Equidade sob o ponto de vista do direito à saúde e da democracia

Conforme apresentado no capítulo de revisão da literatura, o reconhecimento da necessidade de garantir condições mínimas de vida e a consequente consolidação do direito à saúde coloca a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. No Brasil, como resultado do processo de redemocratização e da Reforma Sanitária, a Constituição Federal de 1988 consolida o direito à saúde e a criação do SUS reafirma esse direito nos princípios de universalidade, integralidade e igualdade. Os estudos deste domínio temático analisam as implicações da Reforma Sanitária e da história do SUS e como a equidade em saúde relaciona-se aos princípios orientadores do SUS.

Duarte (2000) analisa a equidade na legislação brasileira por meio do exame da Constituição Federal, Leis Complementares e Normas Operacionais Básicas (NOBs) quanto à distribuição de recursos na federação. Como já foi exposto, Duarte inicia seu artigo afirmando que “a equidade é um dos princípios fundamentais norteadores do SUS no Brasil. Na legislação, fala-se em ‘igualdade de assistência’ (item VII, art. 7º da lei 8.080), como sinônimo de equidade” (DUARTE, 2000, p. 444). Como exposto neste trabalho, a equivalência de equidade e igualdade (de assistência), no entanto, é considerada equivocada por muitos autores. Duarte afirma que o grau de equidade depende também de diversos fatores, sendo a distribuição de recursos financeiros um dos mais importantes deles. Para considerar a equidade como um princípio norteador do SUS, a autora defende ser “fundamental saber até que ponto a legislação e as normas que o conformam propiciam melhorias nessas condições” (*Ibid.*, 2000, p. 444), assim, perpassa a legislação brasileira sobre saúde para analisar em que sentido a equidade se faz presente no SUS.

Ao considerar que “opções conceituais, inerentes aos desenhos de sistema de saúde, orientam a escolha dos critérios distributivos [...], a escolha dos indicadores utilizados para avaliar o grau de equidade e a interpretação dos resultados em relação à efetividade do sistema” (*Ibid.*, 2000, p. 444), Duarte apresenta alguns conceitos de equidade da literatura como base teórica de seu estudo. Porto (1994) considera a equidade quanto à distribuição de recursos por meio de uma discriminação positiva, no sentido de priorizar os mais desfavorecidos e promover as desigualdades resultantes de fatores fora do controle individual. Acrescenta, como também já exposto aqui, que princípios equitativos se relacionam à definição forma de um direito, que, no entanto, não tem seu exercício efetivo assegurado. Passa também pelos conceitos de equidade de Turner (1986): ontológica, de oportunidade, de condições e de resultados, já apresentados no início deste capítulo. Duarte aponta também para a dificuldade da aplicação da equidade entendida em termos de necessidade no pensamento de Le Grand (1988): muitas definições de equidade em saúde ignoram a distribuição desigual das necessidades de saúde na população, quanto aos tipos de patologia, gravidade e quantidade de recursos necessários para tratá-las. Relaciona a isso a ressalva de que diferenças na distribuição de doenças oriundas de escolhas pessoais não podem ser consideradas injustas, mencionando o conceito de iniquidade de Whitehead.

Duarte adota os tipos de equidade de Turner para analisar a saúde e as desigualdades no Brasil. A equidade de condições relaciona-se a indicadores sociais, como taxa de analfabetismo, abastecimento de água, saneamento, população pobre e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Já a equidade de oportunidade pode ser vista por meio de indicadores de disponibilidade na área da saúde, como distribuição de profissionais de saúde e leitos para internação, que são condições para o acesso aos serviços. Ambas as formas de equidade (de condições e de oportunidade) também se relacionam a fatores de distribuição de recursos, sendo o investimento em saúde *per capita* um indicador relevante para as desigualdades na saúde. Para a equidade de resultados, Duarte aponta a expectativa de vida e o perfil de mortalidade infantil como indicadores relevantes.

Com base nisso, Duarte faz uma análise da equidade na legislação brasileira para avaliar como os mecanismos legais podem tratar as desigualdades presentes no Brasil em termos equitativos. Com base na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde, que regem sobre a viabilização do direito à saúde, a autora afirma que:

A legislação sanitária brasileira atual é avançada no conceito de equidade que incorpora, pelo menos no que se refere a dois eixos: o acesso universal e igualitário (equidade de oportunidade) e a ação sobre os determinantes dos níveis de saúde (equidade de condições). (DUARTE, 2000, p. 447)

Para a viabilização da equidade na política e no sistema de saúde, Duarte considera como elemento central a distribuição de recursos por meio de mecanismos de repasse de verbas do governo federal para os níveis estaduais e municipais. Com caráter redistributivo, esses repasses podem minimizar as desigualdades relativas aos perfis de morbi-mortalidade e disponibilidade de recursos para investimento local em saúde. No entanto, Duarte aponta para as dificuldades da redistribuição de recursos para a viabilização da equidade na América Latina, onde o gasto social foi instrumento de ajuste fiscal como reflexos da crise econômica iniciada nos anos 70 e 80 nos países industrializados ocidentais, que surtiu efeito nos anos 90 na América Latina. Assim, a função dos gastos sociais de caráter compensatório das desigualdades ficou como secundária nesses países. Diante de seus custos, ineficiência e fortes investimentos públicos, os sistemas de saúde latino-americanos foram questionados quanto à adequação para enfrentar o quadro de iniquidades presentes nesses países, levando ao questionamento da impossibilidade de alcançar os princípios da universalidade e da equidade nos cuidados de saúde.

Diante desta situação, as agências internacionais propõem a diminuição do papel do Estado e o fortalecimento do mercado para a produção de bens e serviços e novas parcerias com setores não-governamentais, além de mudanças no financiamento segundo condicionalidades impostas pelos ajustes econômicos (*Ibid.*, 2000, p. 459). Essa política consistia na seletividade territorial e focalização dos gastos públicos por meio de “pacotes básicos de intervenção em saúde pública e assistência médica comprovadamente custo-efetivas para os mais pobres” (*Ibid.*, 2000, p.459). A autora argumenta que essa política, no entanto, não produz os mesmos resultados de políticas de discriminação positiva em favor dos mais pobres e vulneráveis, como uma política de equidade de resultados produziria. Isso ocorre, pois o que se verificou na América Latina foram cortes nos gastos públicos, políticas de ajuste e aumento da participação do setor privado, ao invés da consolidação dos direitos de cidadania e garantia de assistência de qualidade, independente dos serviços serem sob a responsabilidade do Estado.

“Na América Latina, os processos de privatização dos serviços de saúde têm se dado em condições de uma crescente desigualdade social e frente a uma cidadania imatura, [assim]

esses processos apontam para uma iniquidade também crescente” (TAMEZ, 1995, *apud* DUARTE, 2000, pp. 459-60). Duarte analisa como o setor privado, que data desde a década de 1960 no Brasil, consolidou-se no setor da saúde por meio do segmento contratado e conveniado (hegemônico desde os anos 70) quanto o setor privado autônomo de medicina supletiva – o que levou à competição do setor público produtor de serviços com o setor privado lucrativo na captação de recursos. Apesar da Constituição Federal e das Leis Orgânicas preverem a participação do setor privado na saúde, seu papel deve ser complementar, cabendo ao SUS o papel de garantir o acesso universal e igualitário. No entanto, Duarte aponta como o sistema brasileiro tem tomado um perfil de “universalização excludente”.

A questão central é que a equidade não aparece na lei que regulamenta a oferta de planos de saúde pelo setor privado (segmento predominante do setor privado), não sendo uma preocupação deste “subsistema” de saúde no Brasil. Além disso, há o entendimento equivocado de que a atenção médica supletiva não tem custo para o Estado, sendo que, na realidade, o Estado subsidia grande parcela dos usuários de serviços privados. Assim, enquanto a grande maioria da população brasileira depende do SUS com serviços gratuitos, uma pequena parcela da população, além de contar com o SUS, tem acesso à assistência privada, e os custos nos dois casos recaem sobre a população total.

Cabendo ao setor público o compromisso de incorporar os princípios de solidariedade e equidade nas políticas públicas, o SUS tem o papel duplo de prover a atenção e serviços de saúde que atendam às necessidades de saúde de toda a população com o mesmo nível de qualidade e ainda reduzir as iniquidades sociais por meio do tratamento dos fatores determinantes das diferenças injustas e inevitáveis em saúde. Duarte conclui então, que um sistema de saúde equitativo só se concretizará com a atuação do SUS nessas duas vertentes.

Em proposta similar à de Duarte, Souza (2008) faz uma análise história do SUS e examina as políticas de equidade em saúde no sistema de saúde brasileiro. Assim como Duarte, Souza ressalta a importância do SUS e do princípio de equidade dados os históricos problemas de desigualdade no Brasil. Assumindo que a equidade tem um componente de justiça no sentido de “buscar dar mais a quem precisa mais” (SOUZA, 2008, p. 766), o autor enfatiza a relevância da equidade no tratamento das desigualdades no país. Faz uma ressalva que a equidade, sendo um avanço da discussão sobre igualdade pelo seu aspecto de justiça, “não significa retirar direitos,

mas respeitar o direito de que todos são iguais e buscar dar mais prioridade àquele que mais precisa” (*Ibid.*, 2008, p. 766), não ferindo assim o direito de igualdade.

Dadas as desigualdades regionais, sociais e outras, Souza afirma que o SUS se propõe a reduzir tais desigualdades por meio de avanços em termos de igualdade, equidade e igualdade com universalidade. O SUS, sendo um sistema público universal, corresponde a “todos têm o mesmo direito” (*Ibid.*, 2008, p. 766). E apesar da obviedade dessa constatação, o autor ressalta que o universalismo da saúde no Brasil é uma conquista que deve ser valorizada. A consolidação do direito à saúde e a criação do SUS não representaram só a garantia universal de que todos têm o mesmo direito, mas também a integralidade de que “tudo é para todos”, ou seja, não apenas a assistência básica, mas as ações de alto custo e alta complexidade também. Integralidade, para além da universalidade, é um princípio inerente ao SUS.

Souza afirma que os avanços na área da saúde no Brasil nos últimos 30 a 40 anos não se deram apenas pela criação do SUS, mas avanços tecnológicos, de diagnóstico e assistência são importantes fatores para a redução das desigualdades. Com os avanços na área da saúde, a preocupação que antes era com a igualdade, passa a ser com a equidade. O autor explica: há cerca de 40 anos, não havia terapia intensiva, transplante de órgãos, tomografia computadorizada ou ressonância magnética, ou eram muito incipientes. Logo, uma morte ocasionada por falta de acesso a uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) não era vista como um problema de desigualdade. Já com a criação do SUS, uma morte desse tipo poderia ser caracterizada como uma desigualdade, visto que o SUS baseia-se no direito igual a todos. E desde então, os avanços na área da saúde colocaram novos desafios para o sistema de saúde público, que para além de propiciar direitos iguais, tem também a preocupação com a justiça social. Assim, o autor apresenta uma interessante ideia: “a igualdade é um desafio que antecede a equidade. Precisamos garantir o acesso a todos para, ao ter certeza de que nós estamos garantindo a todos condições iguais, poder garantir a alguns, condições diferenciadas do ponto de vista de prioridade” (*Ibid.*, 2008, p. 767) – essa concepção será ainda discutida no próximo capítulo, visto que há autores que defendem a possibilidade de existência de (algum nível de) equidade em sistemas de saúde não universais.

Os princípios de universalidade (entendida em “é para todos”) e integralidade (entendida em “é tudo”) do SUS fundamentam a afirmação de que no SUS, “tudo é para todos”, o que também é um dos maiores desafios, não só para o sistema público de saúde, mas para a

população brasileira que tem direito a ele. O reconhecimento de que “tudo é para todos” requer “defender e se comprometer com o SUS, [o que] é antes de tudo um ato de desprendimento e solidariedade” (*Ibid.*, 2008 p. 767). Soma-se a isso a participação do setor privado na área da saúde no Brasil, que, ao não se fundamentar nesses princípios, mas seguir a lógica de mercado, não tem um comprometimento com a equidade.

A universalidade e integralidade, além de ser “a grande riqueza do SUS”, também é “o maior desafio” no que tange à operacionalização desses princípios, relativamente aos outros princípios do SUS de descentralização e regionalização. A descentralização foi um foco na primeira década de existência do SUS, baseado na expectativa de resolução dos problemas pelo protagonismo dos municípios. No entanto, o foco na descentralização mostrou-se ineficaz, pois a área da saúde trata-se de um sistema único integrado em uma rede e diversos municípios independentes não configura um sistema de saúde. Souza aponta que, na realidade, na área da saúde, nenhuma esfera pode atuar autonomamente, além do que isso seria impraticável, visto que um município sozinho, em especial os de pequeno porte, não têm capacidade para ter todos os serviços de todos os níveis.

Em uma perspectiva dialética, Souza defende que:

Para se ter igualdade e também equidade, é necessário que a descentralização propicie que o município, ao mesmo tempo integre uma rede e possa prover à população que vive naquele local a oferta equivalente à dimensão da sua necessidade. Ou seja, quanto mais se descentraliza, mais se foge da cilada da média. (SOUZA, 2008, p. 768)

Por “cilada da média”, o autor entende a noção equivocada que números médios passam quanto à real situação: a mortalidade infantil no Estado de São Paulo é de 13,39 óbitos por mil nascidos vivos, mas há municípios com taxas de 19 e outros de 9 óbitos por mil nascidos vivos. A média não capta as desigualdades, nem a amplitude delas. Logo, fugir da média equivale a ir em direção a um tratamento mais justo, correspondente à necessidade, ou seja, uma busca pela equidade.

Souza aponta algumas políticas bem-sucedidas de equidade no âmbito do SUS, como o Programa Dose Certa no Estado de São Paulo, no qual o Governo do Estado produz grande parte dos medicamentos e há aquisição e distribuição para todos os municípios, o programa de assistência a diabéticos, que engloba as três esferas de poder no fornecimento de insumos para

pacientes com diabetes, os programas de transplante e o programa da AIDS, que é um caso de sucesso referência mundial no combate à AIDS. Todas essas ações buscam a equidade ao identificar uma determinada população com uma necessidade e complexidade específicas, que têm foco na patologia, mas também consideram outras variáveis, como condição de vida e região.

O autor, como defensor do SUS, aponta como esses avanços, não só na ampliação da assistência a todos, dado o comprometimento com a universalidade, também correspondem a avanços em termos de equidade no SUS. No entanto, não há comprometimento ao SUS nem defesa dele pela população no sentido de reconhecer tais avanços e buscar pela continuidade desses avanços por meio de participação popular na saúde pública. Isso depende do “próprio exercício de cidadania que é resultado do nível de consciência política de uma determinada população” (*Ibid.*, 2008, p. 768). Assim, o SUS carece ainda dessa participação social dado pelo exercício do direito à saúde e da cidadania pela população brasileira. Certamente, há outros fatores problemáticos no SUS, alguns dos quais leva à falta de comprometimento da população com o sistema e a visão negativa que muitos têm dele. O principal deles são os gastos crescentes e os recursos limitados. Souza não se estende quanto a isso, mas afirma que recursos sempre são limitados e os gastos crescem em razão da ampliação do acesso e atendimento, do crescimento e envelhecimento da população e dos avanços da medicina, o que são resultados das melhorias na área da saúde: a população tem mais (facilitado) acesso, a população está vivendo mais e novos recursos surgem para tratar problemas de saúde.

Os avanços do SUS também são objeto de análise de Coelho (2010), cujo artigo, datado de 2010, trata-se de um exame dos 19 anos do SUS no que tange à equidade. O autor parte do contexto histórico de criação do SUS, nos anos 80, em que a expectativa frente às mudanças do cenário político era de que o processo de redemocratização do país e do setor da saúde levaria, por si, a uma realidade mais equitativa na saúde em termos de acesso a serviços de saúde por meio da concretização da saúde como “um direito de todos e um dever do Estado”. A essa época, o movimento sanitário, assim como outros movimentos pela redemocratização, tinha como bandeiras a justiça social e a equidade, além da expectativa de que a democracia seria um mecanismo de solução dos problemas de desigualdades sociais no Brasil, melhorando as condições sociais, os estados de saúde e o acesso aos serviços de saúde.

No entanto, Coelho aponta que, passados 19 anos - reconhece que 19 anos é relativamente pouco tempo para fazer uma análise profunda quanto às mudanças e à percepção

delas em processos históricos e institucionais - ainda persistem desigualdades no acesso a serviços de saúde, na distribuição de recursos, bem como desigualdades sociais em geral. Acrescenta a isso que, tais desigualdades continuaram mesmo quando, pela maior parte do tempo, a situação era de governos e alianças que não podem ser considerados conservadores (COELHO, 2010, p. 172). Assim, o autor defende que a principal causa dessa manutenção das desigualdades reside na “insuficiência de nossa democracia” (*Ibid.*, 2010, p. 172). Isso corresponde à existência de uma democracia formal, com instituições e pleitos eleitorais relativamente democráticos, mas sem a democracia substância, que corresponde a uma real participação popular, pelos cidadãos de forma igual, nos processos decisórios. Diante disso, Coelho apresenta o pensamento de Gershman (1995) quanto à democracia na Reforma Sanitária:

A Reforma Sanitária pode ser compreendida como um processo de estabelecimento de uma democracia parcial, ou como um regime parcial, em que a sua efetiva instituição e institucionalização atualizariam, na arena política da saúde, a condição de possibilidade do exercício da democracia tal como compreendida neste capítulo. Ou seja, não são condições suficientes para a consolidação da democracia o estabelecimento das instituições políticas, eleições periódicas e partidos políticos: a questão da equidade é principal para que a democracia se efetive. A Reforma Sanitária atualiza tal condição no campo da saúde. (GERSCHMAN, 1995, p. 49 *apud* COELHO, 2010, p. 172)

E questiona como democracia se relaciona com equidade, perguntando se democracia traz equidade; se sim, como; se não, por que. Para tal análise, Coelho busca esclarecer o próprio conceito de democracia. Objeto de estudo de diversos autores com diferentes interpretações ao longo da história, a democracia é explicada por diferentes termos e Coelho baseia-se no uso dos termos e seus significados. Democracia formal corresponde a um processo com eleições universais com critérios claros, periodicidade definida, caráter competitivo, no qual a população eleitoral escolhe seus tomadores de decisão em eleições garantidas por instituições. A democracia substancial corresponde à democracia formal somada do igualitarismo ou da equidade. Há autores, no entanto, que consideram que a democracia formal é apenas um pressuposto para a democracia, pois sem o igualitarismo, não há democracia (*Ibid.*, 2010, p. 173). Para o propósito do artigo, o autor adota o conceito de democracia formal, pois ressalta a importância de separar a equidade para melhor analisar as interações entre democracia e equidade.

Coelho percorre pelas teorias acerca do conceito de equidade de Kant, Aristóteles e Rawls e adota a teoria de Rawls como base para sua análise em razão dos dois princípios para a

realização da justiça como equidade: (i) o direito irrevogável a liberdades básicas iguais, compatíveis com as mesmas liberdades para todos; e (ii) a vinculação das desigualdades sociais e econômicas a cargos e posições acessíveis a todos em condições de igualdade equitativa de oportunidades e o benefício de tais desigualdades aos membros menos favorecidos da sociedade, que consiste no princípio de diferença (*Ibid.*, 2010, p. 174). Por liberdades básicas iguais, entende-se liberdade de pensamento e consciência, liberdade política e de associação, direitos pela integridade da pessoa e direitos e liberdades do Estado de Direito, nos quais a saúde se inclui.

O autor diferencia a equidade em saúde da equidade no acesso a serviços de saúde, visto que não têm os mesmos determinantes. Enquanto a equidade em saúde relaciona-se a determinantes sociais associados a processos de adoecimento, como estilo de vida, questões genética e ambientais, renda, entre outros, a equidade no acesso a serviços de saúde não implica necessariamente em equidade em saúde, tendo em vista que o impacto do sistema de saúde no adoecimento é relativamente baixo na comparação com os determinantes sociais. No entanto, Coelho afirma que avanços no sistema de saúde pode promover uma maior satisfação das necessidades de saúde da sociedade, contribuindo para uma sociedade mais justa.

A existência de uma relação entre democracia e equidade é aceita por diversas correntes de pensamento do século XX. Marxistas reconhecem que a democracia pode permitir certo grau de equidade; não é suficiente para eliminar a dominação das elites, mas a democracia pode gerar ganhos para a parcela mais desfavorecida da sociedade. Liberais, por sua vez, acreditavam em um primeiro momento que a democracia, ao empoderar a população menos favorecida, poderia transferir bens ou renda das classes mais abastadas para as menos; no entanto, passam posteriormente a aceitar a combinação da democracia com o livre mercado para a conquista de avanços sociais. Já os sociais democratas acreditam que a democracia, ao empoderar os menos favorecidos, tem forte impacto redistributivo, e por isso, sempre buscaram por democracia com o objetivo de se obter uma sociedade mais justa. A noção de que a democracia empodera os setores desfavorecidos da sociedade e promove a redistribuição levou à comum associação entre democracia e equidade. Tal relação também é dada pela pressão das classes menos favorecidas e pela ação direta do Estado no atendimento a demandas de grupos desfavorecidos com o objetivo de legitimação social.

No setor da saúde, a democracia também exerce importante papel, assim como o fez na Reforma Sanitária no Brasil. Os mecanismos de participação popular e de gestão participativa fez com que “o setor efetivamente se [tornasse] democrático” (*Ibid.*, 2010, p. 176). Assim, Coelho afirma que o argumento da manutenção de desigualdades dado em função de termos apenas relativos à democracia é questionável. O autor aponta que as iniquidades em saúde são de outra ordem. Como a literatura demonstra, há profundas desigualdades nos indicadores de saúde e na oferta de bens e serviços de saúde e no acesso a eles na comparação de regiões do Brasil, sendo um problema de distribuição, não de democracia. O autor não se foca na causa dessas iniquidades em saúde, mas argumenta que a análise da oferta de serviços de saúde e da forma como os serviços são distribuídos é central para que se caminhe em direção à redução das desigualdades. O autor afirma que, tendo em vista que o acesso está relacionado à oferta dos serviços de saúde, os quais já não são distribuídos equitativamente, as desigualdades se agravam.

Na análise do acesso aos serviços de saúde, Coelho apresenta a crescente diferença entre cidadãos assistidos exclusivamente pelo SUS e aqueles assistidos pela saúde suplementar. O primeiro problema reside na questão financeira: o SUS tem apenas 50% a mais de recursos que a saúde suplementar para cobrir cerca de quase quatro vezes a população coberta pela saúde suplementar, além disso, são competências do SUS questões assistenciais, de vigilância à saúde, fiscalização de estabelecimento, vigilância de portos e aeroportos e outras, as quais também competem com a assistência médica da população pelos mesmos recursos públicos. Soma-se a isso, a utilização do SUS também por parte da população usuária da saúde supletiva, a cobertura de serviços da saúde supletiva com financiamento público e a tendência de hospitais filantrópicos a dirigirem seus leitos para atender seus próprios planos de saúde (*Ibid.*, 2010, p. 178).

Assim, Coelho aponta como esses dados mostram uma crescente disparidade entre a oferta de serviços hospitalares e de alta complexidade entre usuários do SUS e da saúde suplementar, a qual vem se ampliando. Dentro do escopo de usuários do SUS, observa-se também um crescente conjunto de iniquidades quanto ao acesso a serviços, dadas por diferenças regionais e de renda. Diante dessas iniquidades em saúde e desigualdades sociais persistentes, Coelho afirma que há aqueles que argumentam que isso ocorre em razão da Reforma Sanitária ainda estar em curso ou que o SUS ainda está em processo instituinte. O autor, no entanto, rejeita tais argumentos, pois as instituições, organizações e o arcabouço jurídico administrativo da saúde (pública e suplementar) já estão instituídos e em funcionamento há 19 anos, à época do artigo.

Afirma que, provavelmente, a reforma sanitária tenha se esgotado enquanto processo instituinte de novas relações, novos direitos de cidadania e promotora de equidade, e que o resultado deste processo não foi capaz de reduzir as desigualdades - apesar de ter gerado resultados na saúde, como a democracia (*Ibid.*, 2010, p. 179). A perpetuação das desigualdades, no entanto, não é pertinente apenas ao setor da saúde, mas pode ser observada em questões de renda e educação.

Coelho aponta três explicações principais que estão relacionadas à manutenção de desigualdades no acesso aos serviços de saúde: as desigualdades socioeconômicas, que geram a dependência externa do Brasil por meio da dívida e a estrutura de classe marcada pela heterogeneidade, conflito de interesses e exclusão de grupos em desvantagem; o financiamento estatal insuficiente na saúde, refletido no baixo gasto público *per capita* na saúde comparativamente a outros países, até mesmo países da América-Latina; e, a terceira explicação é dividida em duas correntes: (i) a escolha racional, que defende que grupos menores conseguem se organizar e se articular melhor, podendo alcançar mais rapidamente seus objetivos (exemplificado pela melhor organização das elites que organizam e defendem seus privilégios e os grupos trabalhistas e populares na Europa Central, que menores, conseguiram articular esforços por mudanças sociais, diferentemente da América Latina; e, (ii) a corrente institucionalista, que aponta para a persistência de padrões de organizações sociais e estatais que constroem políticas sociais em seu papel redistributivo e geram uma fragmentação institucional, ou seja, a “coexistência de múltiplas e independentes organizações, que se apresentam como representantes de segmentos de um mesmo estrato social” (*Ibid.*, 2010, p. 180), e, dispersas e pouco coordenadas, enfraquecem a representação desses segmentos.

Conclui Coelho, que a democracia por si só não garante a existência de equidade, apesar de contribuir para sua promoção. A saúde no Brasil, apesar de ter sido consolidada como um espaço democrático, ainda apresenta iniquidades em saúde evidentes. Para além da democracia, são necessários mecanismos que atuem na redução das desigualdades sociais e das iniquidades em saúde e o fortalecimento de movimentos que lutem por essa redução. Das três explicações apresentadas, Coelho afirma ser indispensável combinar os fatores socioeconômicos com as explicações de escolha racional e da corrente institucionalista, além de, claro, ser essencial ter mais investimentos sociais. Além disso, os princípios de universalidade e integralidade devem ser associados ao de equidade, não contrapostos. Assim, para se alcançar a

equidade em saúde, o foco deve ser na necessidade, com objetivos redistributivos, priorização de regiões e grupos desfavorecidos e redução da distância entre a saúde suplementar e o SUS.

Enquanto Duarte (2000), Souza (2008) e Coelho (2010) partem de uma análise histórica do SUS, desde a Reforma Sanitária, para analisar a equidade, Barros e Souza (2016) fazem o caminho contrário, partindo de um balanço da conceituação de equidade ao longo do tempo para analisar suas implicações no sistema de saúde brasileiro. Da consideração da política de saúde como uma política social, infere-se que a saúde é um direito da condição de cidadania, visto que a participação efetiva na sociedade política requer o exercício de cidadania pelos indivíduos. Mais do que isso, os autores afirmam que o direito à saúde pode ser entendido como um direito humano. Os direitos sociais, sendo o direito à saúde um deles, representaram, assim, uma ampliação da cidadania nas sociedades modernas:

Ao contrário dos direitos individuais, civis e políticos, [os direitos sociais] exigem a intervenção do Estado e incorporam novos princípios ao desenvolvimento de padrões de cidadania, em particular formas diferenciadas de compreender o significado de “satisfazer um nível decente de bem-estar e seguridade econômica e social” (BARROS; SOUZA, 2016, p. 11)

O princípio da igualdade, no qual a cidadania se baseia, desdobra-se no princípio da universalidade, que tende à homogeneização, diluindo, assim, as diferenças e prejudicando os grupos menos favorecidos. De acordo com Barros e Souza, a introdução do princípio da equidade, “entendida como um elemento de diferença dentro do escopo da cidadania, que é um espaço de igualdade” (*Ibid.*, 2016, p. 11), está relacionada aos direitos difusos e coletivos⁵, que se diferenciam dos direitos individuais e dos direitos sociais e econômicos, introduzindo princípios de solidariedade, tolerância e confiança. São difusos e coletivos por não ter uma titularidade clara, dizem respeito a interesses públicos e privados e correspondem a necessidades coletivas que só podem ser atendidas por uma abordagem comunitária (*Ibid.*, 2016, p. 11)

Diante dessa falta de clareza do princípio da equidade, que carrega aspectos de solidariedade, tolerância e confiança, Barros e Souza apresentam algumas concepções de equidade presentes na literatura. Muitas vezes relacionada à justiça, a equidade acaba-se confundindo com esse conceito, e pela perspectiva de se estabelecer regras justas para a vida em

⁵ Os direitos difusos e coletivos correspondem à terceira geração de direitos transindividuais, de solidariedade, relacionado ao desenvolvimento ao progresso, ao meio ambiente, à autodeterminação dos povos. A primeira geração equivale aos direitos individuais (civis e políticos), que por vezes, são divididos em duas fases. E a segunda geração equivale aos direitos sociais, econômicos e culturais (NOVELINO, 2009).

sociedade, aproxima-se também do conceito de igualdade. Por outro lado, a equidade também é entendida, por alguns autores como Aristóteles e Bobbio, como uma adaptação da norma geral a situações específicas, como uma forma de corrigir potenciais injustiças que a norma geral pode criar. Assim, a “equidade como julgamento e intervenção situacional [...] pressupõe a inexistência de estrutura, normas ou sistemas de lei ou conhecimentos perfeitos” (*Ibid.*, 2016, p. 12). Diante disso, os autores afirmam que a equidade poderia ser um meio para se atingir os ideais de justiça e cidadania plena, na garantia de uma situação de igual bem-estar para todos os cidadãos.

No entanto, a vida em sociedade capitalista coloca os cidadãos em desigualdade, tanto em renda quanto em outras dimensões da vida. As desigualdades sociais consideradas injustas colocam certos grupos em desvantagem relativamente a outros, o que, segundo os autores, é um reflexo dos níveis de segregação da sociedade dados a organização e o modo de produção da sociedade. Essa situação configura as iniquidades, ou seja, desigualdades injustas. Nesse ponto, Barros e Souza mencionam aos conceitos já apresentados de Whitehead e Sen de iniquidades em saúde, acrescentando o conceito de Breilh (2010):

Iniquidade é a categoria que define as relações e contrastes de poder existentes numa formação social e resulta da acumulação histórica de poder, decorrente do processo no qual uma determinada classe social apropria-se das condições de poder que, em geral, são interdependentes: apropriação e acumulação econômica, política e cultural. Já desigualdade seria a expressão resultante dessa iniquidade, que expressa uma injustiça na repartição de bens e serviços que existem numa sociedade. (BARROS; SOUZA, 2016, p. 12)

Os autores apresentam ainda o pensamento de Escorel, que defende que a equidade surge relacionada aos direitos das minorias, o que introduz a diferença dentro do espaço de igualdade da cidadania. Isso decorre da ideia de que “a igualdade só se completa com a [...] equidade, posto que não basta a existência de um padrão universal se não comportar o direito à diferença. O padrão passa, então, de homogêneo a equânime” (*Ibid.*, 2016, p. 13).

A forma de traduzir essas concepções em políticas públicas de saúde requer o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e a priorização das necessidades para a promoção de justiça. Os autores afirmam que, no Brasil, a criação do SUS e a institucionalização do acesso universal e igualitário a serviços de saúde eliminou a exclusão formal, mas as iniquidades persistem em razão de outros fatores, como desinformação, diferentes níveis de escolaridade ou até mesmo políticas públicas nas quais ainda há formas de discriminação e

privilégios. As formas de reduzir as iniquidades em saúde no Brasil consistiram na equidade nos na distribuição de recursos financeiros, no acesso a serviços de saúde e nos resultados. No entanto, desigualdades sociais que se expressam no estado de saúde dos indivíduos requer mais que a igualdade no acesso aos serviços. É preciso considerar as diferentes necessidades entre grupos sociais distintos, determinadas por fatores imutáveis como sexo, raça e idade, mas também por questões de injustiça social.

Há ainda o entendimento na literatura de que, em razão da “ambiguidade no termo equidade, as diferentes concepções do SUS presentes no processo político de saúde e as diversificadas formas de sua apresentação em municípios e estados brasileiros”, não se pode afirmar definitivamente que o SUS é uma política pública de promoção de equidade (*Ibid.*, 2016, p. 15). No entanto, o SUS, formulado com base no acesso universal, na igualdade e na justiça social no tangente às necessidades de saúde dos indivíduos, tem alto potencial de atingir a equidade, entendida como um princípio ético e de justiça.

A forma como a equidade será concretizada, por sua vez, é debatida e varia conforme o entendimento do conceito de equidade: tratamento de todos de forma igualitária; tratamento desigual para os desiguais, conforme condição socioeconômica, ou segundo critério de risco (GRANJA *et al.*, 2013); justa alocação de recursos de modo a proporcionar maior benefício e saúde ao maior número possível de pessoas, numa visão utilitarista (LUCCHESI, 2003); priorização dos mais vulneráveis e desfavorecidos socialmente, sobre os quais há maior incidência de doenças (LUIZ, 2005), entre outros. Barros e Souza concluem que as diferentes linhas de pensamento sobre a equidade ainda não conformam um conceito homogêneo e como esse conceito pode ser aplicado no SUS. Afirmam que a equidade carrega diversas dimensões de análise, como a oferta, o acesso e a utilização de serviços, o financiamento, a qualidade da atenção e a situação de saúde e condição de vida da população, sendo necessária como estratégia para o alcance da igualdade de oportunidade quanto ao gozo de boas condições de saúde e acesso aos serviços de saúde, considerando as disparidades social, étnica, econômica e cultural.

Compartilhando do pressuposto de que a saúde como direito social está relacionada ao exercício da cidadania, Souto *et al.* (2016) fazem uma análise de como a saúde pode ser um espaço de construção de cidadania, contribuindo para a redução das desigualdades sociais, e se as limitações do Estado colocam barreiras para o desenvolvimento de uma gestão participativa pelos movimentos sociais. Sendo todos os autores do MS, utilizam as políticas públicas federais de

equidade na saúde e a articulação das esferas de gestão do SUS como espaço de gestão participativa para a análise.

Diante da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, considerando princípios orientadores de universalidade, integralidade e equidade e os princípios organizacionais de descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade, os autores questionam como o Estado pode garantir os direitos sociais e gerar cidadania. Para analisar a equidade, os autores citam a máxima de Marx, também utilizada por Azevedo (2013) para definir o conceito: “de cada qual, segundo sua capacidade; a cada qual, segundo suas necessidades” e de cada qual conforme suas potencialidades, defendendo que políticas de promoção de equidade em saúde deve focar nas necessidades de segmentos da população mais vulneráveis ou mais expostos ao risco de adoecer ou morrer por motivos sociais, culturais, econômicos e históricos. Alguns desses grupos no Brasil são “negros e quilombolas; moradores de rua; LGBT; ciganos; população do campo, da floresta e das águas (ribeirinhos, pescadores, marisqueiros, camponeses, trabalhadores rurais, sem-terra, etc)” (SOUTO *et al.*, 2016, p. 51), que correspondem aos grupos populacionais das políticas de promoção da equidade em saúde do governo federal (MS, 2013).

As políticas de equidade devem buscar pela garantia do acesso à saúde com qualidade para tais populações, partindo do princípio de que, para superar as diferenças, é necessário tratar os desiguais desigualmente, por meio de uma ação afirmativa ou discriminação positiva. Uma política homogênea resulta na perpetuação das diferenças originárias. As políticas de promoção de equidade para esses grupos populacionais surgiram diante da organização dos movimentos sociais e das demandas e reivindicações em saúde a partir de suas identidades e especificidades. Diante disso, os autores apresentam a polêmica posta na questão da equidade que questiona a pertinência de políticas focalizadas, às vezes vistas como formas de “neocorporativismo” ou “clientelismo”, já que atendem a demandas e pressões de movimentos sociais organizados. Por outro lado, a defesa dessas políticas, além de uma resposta a pressões específicas, é uma expressão da quarta geração de direitos⁶ (TEIXEIRA, 2011 *apud* SOUTO *et al.*, 2016, p. 51).

Os autores indagam como conciliar o papel do Estado, os limites das políticas públicas e a inclusão da equidade na agenda pública, o que leva à relação entre o papel do Estado

⁶ Além das três gerações de direito já apresentadas (primeira: direitos individuais; segunda: direitos sociais e econômicos; terceira: direitos transindividuais de solidariedade), a quarta geração de direitos corresponde aos direitos à democracia, informação e pluralismo. (NOVELINO, 2009).

como interventor social na redução das desigualdades sociais e a noção de Estado mínimo, dados os princípios liberais clássicos. “A equidade, nessa perspectiva, contribuiria com a reprodução ampliada da nova ordem do capitalismo” (RIZZOTTO; BARTOLOTO, 2011, p. 794 *apud* SOUTO *et al.*, 2016, p. 52). Assim, para entender essa relação e o papel do Estado brasileiro no que tange à saúde como espaço de construção de cidadania, os autores analisam a participação social no SUS e seus mecanismos de controle social. Souto *et al.* afirmam que a participação popular foi essencial para o surgimento de políticas sociais, que, por meio de reivindicação de cidadania plena, colocou a equidade e as desigualdades sociais em debate.

Como espaço de construção de cidadania, a saúde tem como princípio fundante a universalidade, o que, na busca pela igualdade social ou pela justiça social, requer a incorporação da ideia de equidade. A saúde torna-se o *locus* para a implementação de políticas que visem a redução de desigualdades sociais e a ampliação de direitos e autonomia de grupos excluídos ou em desvantagem. Além disso, a saúde se articula com outras áreas (e políticas) sociais, nas quais a participação popular exerce importante papel nas demandas e respostas do Estado. Diante da obrigação do Estado em duas vertentes: igualdade formal dada aos indivíduos e grupos (cujas diferenças são reconhecidas em termos de pluralidade, não preconceito), e igualdade e justiça pelo combate à exclusão por desigualdades materiais, torna-se legítimo que grupos em desvantagem/vulneráveis com necessidades específicas recebam tratamento diferenciado por meio de políticas públicas não homogeneizantes (MIRANDA; LACERDA, 2009 *apud* SOUTO *et al.*, 2016, p. 53). Assim, as políticas de equidade contribuem para uma conquista efetiva de direitos por grupos em desvantagem, o que confere a eles cidadania e inclusão social.

Os autores acrescentam que os mecanismos de gestão participativa do SUS também auxiliam para a promoção de participação social, reafirmando o valor dos espaços de diálogos e construção baseados na democracia participativa. A gestão participativa é também uma forma de reconhecimento das iniquidades em saúde que afetam negativamente populações específicas, e, ao oferecer mecanismos de atuação, participação, construção e monitoramento aos sujeitos políticos com demandas e objetivos específicos, contribui para a redução dessas iniquidades em saúde.

Assim como Barros e Souza (2016), Souto *et al.* afirmam que o direito à saúde enquanto direito social requer o desenvolvimento de padrões de cidadania, e, nesse sentido, “políticas de promoção de equidade [em saúde] são marcos de cidadania no SUS” (*Ibid.*, 2016, p.

60), acrescentando que políticas de equidade em saúde também contribuem para que outras políticas sociais promovam ações de redução das desigualdades sociais. Os autores defendem que tais avanços são resultados de processos participativos, do reconhecimento e respeito dado ao protagonismo de movimentos sociais, das parcerias governamentais e não governamentais.

4.2.2.6. Equidade vista pelos determinantes sociais

Foram identificados sete estudos, seis de definição explícita e um de definição implícita, que analisam a equidade em saúde por meio dos determinantes sociais. Além do domínio temático epistemológico, o tema de determinantes é, possivelmente, o que mais contribui para o entendimento da equidade, pois é o domínio que fornece as bases para compreender como as iniquidades são geradas.

Autor (Ano)	Título	Definição	Equidade é:
Carrapato, P.; Correia, P.; Garcia, B. (2017)	Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde	Implícita	A busca pela equidade está relacionada à amenização dos efeitos adversos que os determinantes da saúde podem ter nas populações. Os determinantes da saúde são de ordem biológica, econômica, social, ambiental, de estilo de vida e de acesso a serviços.
Braveman, P.; Gruskin, S. (2014)	What is health equity: and how does a life- course approach take us further forward it?	Explícita	Equidade significa justiça. Equidade em saúde é o princípio ou objetivo que motiva esforços para eliminar disparidades em saúde entre grupos de pessoas que são econômico ou socialmente piores do que seus homólogos. Buscar equidade em saúde significa reduzir disparidades em saúde pela melhoria da saúde dos econômico

			ou socialmente em desvantagem, não pela piora da saúde dos grupos em vantagem.
Eide, A. H.; Amin, H.; MacLachlan, M.; Mannan, H.; Schneider, M. (2013)	Addressing equitable health of vulnerable groups in international health documents	Explícita	Equidade em saúde é um princípio relacionado aos princípios de direitos humanos. A equidade em saúde busca por oportunidades iguais de se atingir um nível de saúde ótimo para as populações que sofrem discriminação e marginalização social e implica na oportunidade de todos atingirem seu potencial máximo de saúde. Relaciona-se à inclusão social e requer a incorporação por políticas públicas de estratégias particulares para atingir os grupos mais vulneráveis.
Braveman, P. (2010)	Social conditions, health equity and human rights	Explícita	Equidade significa justiça. Equidade em saúde é um conceito baseado na noção ética de justiça distributiva e relacionado aos princípios de direitos humanos.
Ritsatakis, A. (2009)	Equity and social determinants of health at a city level	Explícita	Equidade em saúde requer intervenções para tratar as diferenças que são evitáveis e injustas
Braveman, P.; Gruskin, S. (2003)	Poverty, equity, human rights and health	Explícita	A equidade em saúde reflete uma preocupação em reduzir a desigualdade de oportunidades de ser saudável, associadas à posição menos privilegiada de grupos sociais, como pobres, mulheres, grupos raciais, étnicos ou religiosos discriminados e moradores rurais. A equidade em saúde requer a eliminação das disparidades em saúde sistematicamente associadas à desvantagem e marginalização sociais
Standing, H. (1997)	Gender and equity in health sector reform	Explícita	A equidade em saúde consiste na discriminação positiva de grupos com

	programmes: a review		necessidades específicas ou regiões de privação econômica. Pode ser medida pelo acesso (melhora de acesso para aqueles com mais necessidade) e pelos resultados. Requer a consideração de questões de gênero. Relaciona-se à distribuição do peso do custo e sua relação com a habilidade de pagamento, à distribuição regional e à definição de prioridades e intervenções custo-efetivas.
--	----------------------	--	---

Quadro 10 – Domínio temático: Equidade vista pelos determinantes sociais

Standing (1997) toma os determinantes sociais pela perspectiva do gênero, com foco na mulher, e faz uma análise da equidade em saúde em programas de reforma do setor da saúde em países em desenvolvimento de modo a identificar as implicações dessas políticas na saúde da mulher e na equidade de gênero. A premissa para seu estudo é a identificação pela literatura de que gênero é um marcador significativo da vulnerabilidade social e econômica⁷, que se reflete nas desigualdades de acesso a serviços de saúde e na diferenciação de posição entre homens e mulheres enquanto usuários e produtores de cuidados de saúde e que também está relacionado a relações de poder. Sua análise baseia-se em duas abordagens: pela perspectiva da saúde da mulher e pela perspectiva da desigualdade de gênero.

A autora afirma que, enquanto as reformas no setor da saúde focam-se na parcela da população pobre, pouca atenção é dada à questão do gênero, mesmo o tema tendo ganhado destaque na agenda internacional por meio do tema de “investimento nas mulheres” para reduzir o peso da pobreza. Além da análise de gênero quanto aos usuários de serviços de saúde e nível de saúde dos indivíduos, a autora também tem a preocupação da questão de gênero na composição da força de trabalho no setor da saúde – o que pode afetar a dimensão da aceitabilidade do acesso (SANCHEZ; CICONELLI, 2012), como em países onde mulheres não podem ser assistidas por

⁷ “Mulheres tendem a ser mais pobres que homens na média, a ter menos acesso a oportunidades de ganhos de renda e outros recursos, incluindo cuidado à saúde, e a ser mais dependente de outros para sua segurança de longo prazo”. Além disso, “mulheres carregam o peso maior do cuidado da saúde da família”, sendo mais impactadas quando crianças ficam doentes, e “a divisão de tarefas domésticas também tendem a recair mais sobre o tempo das mulheres” (STANDING, 1997, p. 2, tradução da autora).

homens por motivos religiosos ou falta de liberdade. Analisar políticas públicas de saúde sob a perspectiva do gênero também é importante visto que essa é uma dimensão que atravessa indicadores de pobreza. A questão do gênero também interage com outras formas de desigualdades e aspectos que podem derivar de idade, classe, etnia, religião, entre outros, o que leva à necessidade de contextualizar seu significado.

O recorte da dimensão do gênero a fim de contextualizá-la na sua análise é feito por meio das duas abordagens (pelas necessidades de saúde da mulher e pela desigualdade de gênero). As necessidades de saúde da mulher correspondem às implicações para as mulheres das diferenças no perfil epidemiológico entre os sexos, o que aponta para as especificidades das necessidades de saúde da mulher e da menina especialmente (mas não somente) em razão da biologia da reprodução. Essa questão é tratada tanto por meio de intervenções de cuidado de saúde com foco na mulher como direito básico dada as diferenças de necessidades em relação a homens, quanto por meio de intervenções (em especial de saúde reprodutiva) com foco em mulheres e meninas, também como forma de melhorar a saúde de lactentes. O foco na mulher também é relevante tendo em vista o reconhecimento de que a mulher é o condutor mais eficiente de melhoria no bem-estar doméstico e de crianças.

Para examinar as reformas do setor da saúde, Standing parte da análise do conceito de equidade, afirmando que, para a discussão a que se propõe, a distinção mais relevante é em termos de medida de equidade relativa ao acesso e a resultados, sendo o primeiro mais comumente usado nos debates internacionais. Apesar da medida pelo acesso facilitar a operacionalização da equidade, ela não é suficiente para analisar a equidade de gênero, pois não basta o acesso da mulher. É necessário haver uma mistura de serviços ofertados que sejam capazes de atender as necessidades específicas da mulher. Além disso, a melhoria no acesso para grupos em desvantagem (ou mesmo grupos de baixa renda) não necessariamente traduz em melhorias para mulheres, podendo resultar em nenhuma melhoria para as mulheres ou em uma melhoria relativamente menor para mulheres do que para homens, o que aumenta a disparidade entre os sexos. Para lidar com isso, é preciso haver dados de desigualdade setoriais. Outra forma de equidade apontada pela autora é a distribuição do encargo dos custos e sua relação com a habilidade de pagamento. Novamente, apesar de tal medida ter sido analisada quanto às implicações de equidade de diferentes formas de taxação e gasto em saúde e o impacto da

recuperação de custos⁸, o foco tem sido na população pobre e há poucos dados disponíveis sob a perspectiva de gênero.

Diante disso, Standing parte para o exame de como os programas das reformas do setor da saúde tratam a questão de gênero em termos de equidade. Apresenta assim o quadro conceitual proposto por Cassels (1995) sobre programas de reforma do setor da saúde, analisando suas implicações para a questão de gênero: (i) melhoria da performance do serviço civil, que pode gerar impactos na relação de gênero com a composição do quadro de funcionários em diferentes níveis, e efeitos das políticas de recursos humanos (RH) na relação entre profissões da saúde predominantemente masculinas ou femininas; (ii) descentralização, que leva ao questionamento de como um sistema descentralizado pode melhorar acesso ou intensificar a marginalização de grupos vulneráveis; (iii) melhoria no funcionamento de ministérios nacionais de saúde, que se relaciona à tomada de decisão e definição de prioridades quanto aos critérios utilizados para a determinação de necessidades da saúde da população ou de custo-efetividade e políticas de RH; (iv) ampliação das opções de financiamento de saúde, que se relaciona às implicações em gênero dos diferentes modelos de pagamento, ao impacto em mulheres e homens pobres e ao efeito da recuperação de custo no acesso a serviços por gênero; (v) introdução de competição administrada, relacionada a como a equidade e o acesso para os mais vulneráveis é impactada pela competição administrada; e, (vi) parceria com o setor privado, que se relaciona à probabilidade de grupos vulneráveis serem tratados apropriadamente pelo setor privado e das possibilidades das necessidades da mulher serem atendidas por esse setor.

Esses seis componentes são analisados quanto à equidade de gênero no setor da saúde. Em relação à (i) melhoria da performance no serviço social, a equidade de gênero no emprego no setor da saúde faz-se necessária em razão da vulnerabilidade da mulher em situações de redução do quadro de funcionários, dadas suas posições inferiores e ocupações específicas. Há também evidências em países em desenvolvimento que mulheres têm tendência a usar (ou só usam) o serviço de saúde se a profissional de saúde for mulher, o que para termos de entrega de serviço requer mulheres no quadro. Além disso, políticas tendem a ser formuladas em uma linguagem de neutralidade de gênero, e uma composição do quadro de funcionários predominantemente masculina pode tirar essa neutralidade.

⁸ “Recuperação de custo relaciona-se a diferentes mecanismos pelos quais os custos de saúde podem ser recuperados pelos usuários. [...] Aspectos de equidade de recuperação de custos relacionam-se ao maior ou menor efeito de equidade que determinado sistema tem na população.” (STANDING, 1997, p. 16)

O elemento da (ii) descentralização é comumente relacionado às desigualdades inter-regionais, quanto ao equilíbrio na tomada de decisão entre as estruturas central e local e as relativas autonomias. Apesar da participação da comunidade ter sido destacada como uma forma de melhoria da qualidade e utilização do serviço, é ainda preciso considerar as especificidades da comunidade quanto às decisões de alocação de recursos, aos grupos beneficiados, às desigualdades abordadas, além de promover a participação de grupos sub-representados, como as mulheres. Quanto à (iii) melhoria do funcionamento de ministérios nacionais de saúde, Standing aponta o questionamento da possibilidade de coexistência de equidade e viabilidade financeira (na combinação entre equidade e recursos limitados ou insuficientes apresentada por alguns autores). Propõe a reflexão de como as políticas (com baixos parâmetros de gasto, especialmente em países pobres) consideram as necessidades de saúde específicas das mulheres, por quais processos são definidas as prioridades e no que se baseia a determinação de intervenções de custo-efetividade.

Em relação à (iv) ampliação de opções de financiamento de saúde, Standing aponta que tem se dado foco na equidade em razão da preocupação com os impactos da recuperação de custos para os pobres. No entanto, afirma que outras formas de financiamento devem ser estudadas, como as taxas de utilização⁹. A defesa pelas taxas de utilização reside no alto gasto com serviços de saúde privados pela população pobre em países menos desenvolvidos. Pesquisas empíricas mostram tanto resultados favoráveis quanto adversos à equidade em saúde, e Standing ressalta a necessidade de mais dados e pesquisas quanto ao seu impacto no orçamento doméstico, na redistribuição dos gastos em saúde, e na população rural e urbana. No debate sobre os impactos da recuperação de custos, a autora aponta que há generalizações conflitantes baseadas em comparações de estudos equivocadas e um nível insuficiente de desagregação de categorias (como a categoria “pobres”), sendo necessários mais dados para comparações conceituais e metodológicas a fim de definir com precisão as categorias e como os efeitos da recuperação de custos recaem sobre elas.

Por fim, a (v) introdução da competição administrada e a (vi) parceria com o setor privado concernem às implicações de políticas que envolvem o setor privado no tratamento de

⁹ “[Taxa de utilização] relaciona-se à recuperação de custos na ponta de entrega do serviço. [...] Aspectos de equidade de taxa de utilização geralmente relacionam-se à possibilidade do sistema produzir um impedimento à utilização de serviços pelo pobre e se isso pode ser compensado pelos custos recuperados para melhorar a qualidade do serviço”. “Recuperação de custos e taxa de utilização não são sinônimos.” (STANDING, 1997, p. 16)

desigualdades de saúde baseadas em gênero, em termos de objetivos, escopo e direção. Tais implicações podem ser avaliadas por meio da análise de como os enquadramentos contratuais podem ser elaborados para melhorar a equidade ou enfrentar desigualdades existentes ou potenciais na oferta de serviços, como por exemplo, na especificação no contrato de formas de tratamento das necessidades de saúde da mulher e nas desigualdades de acesso.

Enquanto Standing toma os determinantes sociais pela perspectiva de gênero, Braveman e Gruskin (2003) o fazem pela perspectiva da pobreza. Posteriormente ao artigo de definição de equidade em saúde (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2002), as autoras adicionam a dimensão da pobreza na relação já apresentada entre saúde, equidade e direitos humanos, destacando que a interrelação entre esses conceitos fornece resultados conceituais e operacionais relevantes para a formulação de políticas públicas em saúde. As autoras argumentam que pobreza e saúde caminham juntas e o comprometimento de melhorar a saúde implica no comprometimento de reduzir a pobreza. Há evidências de que uma saúde adversa pode ser ocasionada por privações e falta de recursos econômicos, assim como uma saúde adversa pode levar à intensificação e perpetuação da pobreza. Como a saúde é determinada por outros fatores externos à saúde (educação, alimentação, moradia, condições de trabalho) e a pobreza gera impactos em outros aspectos da vida associados à posição social (que por sua vez também afetam a saúde), há um desafio na identificação de mecanismos eficientes de ruptura do ciclo vicioso de pobreza - doença - pobreza.

De acordo com as autoras, a relação entre equidade e saúde consiste na preocupação de reduzir as desigualdades de oportunidade de ser saudável, associadas a posições de desvantagem em grupos sociais. Enquanto princípio ético de justiça distributiva, a equidade em saúde requer a eliminação de disparidades de saúde que estão sistematicamente associadas à marginalização e desvantagem social, que incluem os pobres, mas não se restringem a eles. Evidências apontam que isso pode ser alcançado na correção das causas fundamentais e na amortização de efeitos prejudiciais à saúde. Assim, a equidade em saúde implica um comprometimento baseado em valores para tratar ambos pobreza e saúde, independentemente de ganhos utilitários.

A relação entre direitos humanos e saúde, por sua vez, consiste primordialmente no direitos fundamentais e no direito a uma vida digna. Os direitos humanos como “normas internacionalmente reconhecidas aplicadas igualmente a todas as pessoas no mundo inteiro”

(BRAVEMAN; GRUSKIN, 2003, p. 540, tradução da autora) requerem o comprometimento e a *accountability* dos governos na promoção e proteção desses direitos. Em razão da indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos (econômico, social, cultural, civil e político), os governos também são responsáveis não apenas por buscar condições favoráveis para a realização dos direitos relativos à educação, informação, privacidade, participação, liberdade de discriminação, condições de vida, mas também por corrigir situações que podem impedir o gozo do direito à saúde.

A relação da pobreza, equidade, direitos humanos e equidade, por sua vez, ocorre em vários níveis. Equidade e direitos humanos buscam iguais oportunidades de saúde para grupos alvos de discriminação ou marginalização social. Iguais oportunidades são obtidas pela redução de disparidades nas condições entre as populações. Assim, equidade e direitos humanos requer o tratamento da pobreza e da saúde tanto pelo oferecimento de serviços de saúde aos pobres quanto na pela mudança das condições que levam à pobreza e marginalização. Apesar da pobreza não ser uma violação dos direitos humanos, as autoras argumentam que a perpetuação e intensificação da pobreza afeta outras esferas da vida, podendo ferir os direitos humanos, sendo necessária a ação governamental na redução da pobreza. Tratar a pobreza e a saúde sem considerações em termos de equidade e direitos humanos pode ser ineficiente, visto que não é dada a atenção aos fatores que afetam a relação entre pobreza e saúde. Portanto, a abordagem pela equidade e pelos direitos humanos leva as políticas de saúde a focarem nas desvantagens, vulnerabilidades e discriminação sociais.

Além disso, as autoras argumentam que a perspectiva pelo direitos humanos fornece um quadro de referências universais para a identificação de condições de iniquidade, que devem receber atenção. Uma abordagem com base nos direitos humanos possibilita o tratamento da pobreza não pela caridade ou solidariedade, mas dentro do domínio da lei. Instrumentos internacionais de direitos humanos colocam-se como uma obrigação legal aos países para a busca por iguais oportunidades de ser saudável, que por sua vez, o que requer o tratamento da pobreza. Assim, “um comprometimento com a equidade ou os direitos humanos requer amplas ações quanto à pobreza e à saúde, como um imperativo ético e legal” (*Ibid.*, 2003, p. 541, tradução da autora).

Diante disso, as autoras propõem um quadro de medidas pelas quais as instituições de saúde podem lidar com a pobreza e a saúde, que consistem em: (i) institucionalização a aplicação

sistemática e rotineira das perspectivas de equidade e direitos humanos em todas as ações do setor da saúde; (ii) fortalecimento e aplicação das funções da saúde, para além do cuidado em saúde, que criem condições necessárias para a saúde; (iii) implementação de financiamento equitativo do cuidado em saúde, que deve ajudar a reduzir a pobreza ao aumentar o acesso aos pobres; (iv) garantia de resposta efetiva dos serviços de saúde às principais causas de doenças preventivas entre pobres e indivíduos em desvantagem; e, (v) monitoramento, defesa e ação no tratamento das potenciais implicações de equidade e direitos humanos das políticas públicas em todos os setores que afetam a saúde, não apenas no setor da saúde. Por meio desse quadro, as autoras afirmam como a combinação do comprometimento com a equidade e os instrumentos de direitos humanos pode levar a políticas públicas e ações eficientes de tratamento da saúde e da pobreza pelas instituições de saúde dos países e organizações internacionais.

Braveman (2010) retoma a relação entre equidade em saúde e direitos humanos em seu artigo “*Social conditions, health equity and human rights*”, focando-se nas formas como as condições sociais influenciam a saúde e as desigualdades em saúde, o que para a autora, consiste na métrica pela qual a equidade em saúde pode ser avaliada. A autora considera as condições sociais como o conjunto de circunstâncias sociais, econômicas e políticas nas quais as pessoas vivem e trabalham. Somam-se a isso os ambientes que configuram ou são configurados por tais circunstâncias. As condições sociais incluem fatores individuais, como renda, riqueza, educação, estrutura familiar e recursos de transporte, além de fatores comunitários como níveis de pobreza, taxas de criminalidade, acessibilidade a ambientes seguros, disponibilidade de transporte, de empregos que garantam sustento e de escolas, e fontes de alimentos nutritivos (BRAVEMAN, 2010, p. 33).

O papel das condições sociais na saúde parte do entendimento de que a equidade em saúde requer equidade nas condições sociais e em outros determinantes modificáveis da saúde, e do direito a um nível de vida adequado para a saúde. Por determinantes sociais da equidade, Braveman entende a vasta gama de condições sociais, políticas e econômicas que influenciam a saúde, como a renda e o nível educacional da família, as condições sociais do local de moradia e as políticas sociais que determinam tais condições (*Ibid.*, 2010, p. 33). A fim de compreender como as condições sociais afetam a saúde, que vai além das políticas de saúde, mas inclui outros fatores como os comportamentos individuais, a autora apresenta um quadro conceitual (FIGURA 2)

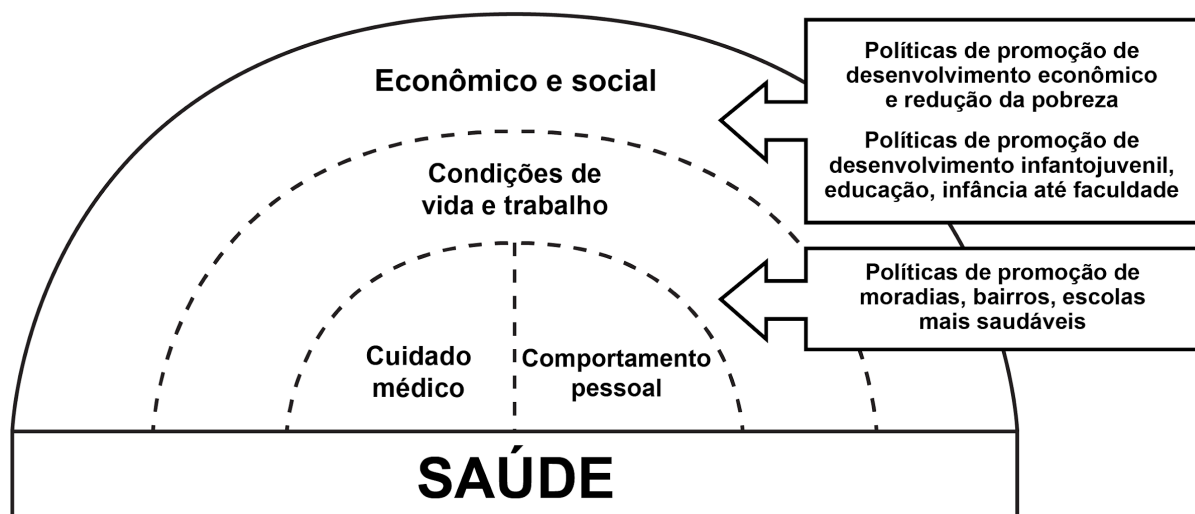


Figura 2 – Quadro conceitual dos fatores modificáveis que influenciam a saúde
 Fonte: Adaptado de BRAVEMAN; EGERTER, 2008, p. 81.

Dados esses conceitos, a autora argumenta como a equidade em saúde e os direitos humanos são fortemente relacionados e têm as condições sociais como uma das preocupações centrais. O direito de se desfrutar do nível de saúde mais alto possível, consolidado em diversos tratados internacionais sobre saúde e na Constituição da ONU (ONU, 1946) não só reforça as bases conceituais da equidade em saúde, como também orienta como a equidade em saúde pode ser medida, visto que toma como referência o grupo com as condições ótimas de saúde para comparações de equidade - o que Whitehead e Dahlgren (2007) chamam de *“leveling up”*, ou seja, a melhora da saúde dos grupos em desvantagem, não a redução da saúde dos que têm o melhor nível. Além disso, os princípios de não discriminação e igualdade dos direitos humanos corroboram o conceito de equidade e auxiliam na identificação de grupos sociais afetados negativamente pelas desigualdades em saúde e determinantes da saúde, incluindo as condições sociais. A equidade em saúde, por sua vez, contribui com os direitos humanos no sentido de fornecer evidências das condições sociais como determinantes de saúde, por meio da análise das desigualdades em saúde, e formas de operacionalização de mensuração e *accountability* do direito à saúde.

A relação entre equidade em saúde e direitos humanos é novamente retomado por Braveman e Gruskin (2014) em seu estudo mais recente selecionado na revisão sistemática. Adiciona-se a essa análise o conceito de curso de vida para contribuir para o alcance da equidade em saúde e a eliminação das disparidades em saúde. O conceito de curso de vida considera como o estado de saúde na vida é moldado por experiências anteriores. No entanto, não o faz apenas por uma perspectiva longitudinal. Além de buscar as origens da saúde e da doença da fase adulta na saúde do indivíduo em estágios anteriores da vida, a perspectiva de curso de vida também considera sistematicamente fatores econômicos e sociais (além de biomédicos e outros) durante o curso de vida que influenciam a saúde. Assim, a perspectiva de curso de vida é de extrema relevância para o estudo da equidade em saúde, visto que possibilita entender e intervir de maneira efetiva em como as disparidades de saúde são geradas, intensificadas, diminuídas e reproduzidas entre as gerações. Foca-se em compreender como fatores sociais de risco e oportunidade podem criar vulnerabilidades ou resiliência nos diversos estágios da vida e como eles são acumulados ao longo da vida e das gerações. Por essa perspectiva, observa-se, por exemplo, como a transmissão de riqueza ou educação entre gerações pode contribuir para o surgimento de disparidades em saúde, ou como condições material e social favoráveis durante todas as fases da vida podem contribuir para um nível de saúde melhor para o indivíduo e as futuras gerações.

Braveman e Gruskin tomam os conceitos de equidade em saúde (de justiça social em saúde, princípio de redução de disparidades na saúde entre grupos em mais e menos vantagem econômico e socialmente e baseado em princípios de direito humano) (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2002) e demonstram como a perspectiva de percurso de vida contribui para o alcance desse conceito de equidade. A perspectiva do curso de vida analisa não apenas as experiências individuais, mas o indivíduo no ambiente familiar e como membro da comunidade, em um contexto social. As condições sociais nos estágios iniciais da vida, como qualidade do cuidado infantil, disponibilidade e qualidade das escolas tem impactos nestes estágios iniciais e nos posteriores. Estudos biomédicos e psicossociais mostram como situações econômicas adversas e fatores sociais negativos estão relacionados a mortes prematuras, doenças crônicas não comunicáveis (DCNT). Além disso, há evidências científicas de que condições de moradia e trabalho influenciam os comportamentos relacionados à saúde.

Os fatores sociais afetam a saúde não apenas na exposição às condições insalubres de vida e moradia, mas podem também criar ou intensificar as disparidades em saúde, visto que influenciam tanto a vulnerabilidade quanto a resiliência aos efeitos de saúde advindos dessa exposição. Uma criança que nasce em um bairro pobre, com pouca infraestrutura, poluição e violência tem poucos recursos e oportunidades de obter resiliência para superar os efeitos dessa exposição adversa, visto que a pobreza se reproduz pelas gerações e geralmente configura desestruturação familiar.

Do mesmo modo, os fatores sociais podem perpetuar as disparidades de saúde. Uma pessoa com baixa escolaridade e deficiente tem menos chances de conseguir um trabalho do que uma pessoa com a mesma deficiência mas alta escolaridade e maior renda. Isso resulta em uma ampliação da desigualdade e na sua reprodução, visto que crianças de famílias em desvantagem social e econômica tendem a crescer em situações adversas. Essa ideia relaciona-se ao pensamento já apresentado de Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009), que baseando-se na teoria de Bourdieu, argumentam como as diferenças biológicas (neste caso, a deficiência) se expressam pelos processos de produção social, sendo geradas pelas relações sociais e pela interação do indivíduo no meio, que depende da sua posição no espaço individual.

A perspectiva de curso de vida, ao considerar experiências dos estágios iniciais da vida e os fatores sociais e econômicos que moldaram esses estágios, não se limita a tais considerações. As autoras defendem que uma das principais contribuições dessa perspectiva é garantir que tais considerações sejam feitas (juntamente a fatores de cuidado médio, genético, de ambiente físico e biomédico). Apontam, por fim, que a literatura mostra que a adoção dessa perspectiva é fundamental para o entendimento da saúde em geral.

Os estudos de Braveman acerca da relação da equidade em saúde e dos direitos humanos é tomado como base por Eide *et al.* (2013) em sua análise de como documentos internacionais de saúde tratam a equidade em saúde para grupos vulneráveis. Diante dos princípios de universalidade, equidade e acessibilidade dos serviços de saúde da estratégia “Health for All” da OMS, os autores destacam a importância crescente do foco em serviços de saúde para grupos vulneráveis, incluindo pessoas com deficiência. Os autores compreendem a equidade pelas proposições de Braveman e Gruskin (2003) e Whitehead (1992), como um princípio ético relacionado aos direitos humanos que requer oportunidades iguais a todos para atingir o seu potencial máximo de saúde. Assim, a redução da lacuna nos serviços de saúde

globalmente e a busca pela equidade em saúde requerem inclusão social no sentido de incorporar estratégias específicas para atingir o maior número de grupos vulneráveis. Assim, os autores fazem uma avaliação de como isso tem sido tratado em dez documentos internacionais de saúde.

Grupos vulneráveis, como imigrantes, minorias étnicas e povos indígenas, sofrem os efeitos adversos da pobreza e das diferenças socioeconômicas e têm recursos limitados, o que se reflete nas disparidades de acesso a serviços de saúde, em um maior risco de morbidade e mortalidade prematura, principalmente em países de baixa renda. Dados no nível de subgrupo são de difícil obtenção, mas há pesquisas que mostram a dificuldade no acesso a serviços de saúde para indivíduos com deficiência comparativamente àqueles sem deficiência. Em países pobres, os grupos vulneráveis e marginalizados sofrem exclusão social ainda maior, o que compromete seu direito à saúde em nível maior do que em países desenvolvidos.

Dadas essas evidências, os autores partem para a avaliação dos documentos por meio do uso do *EquiFrame*, um quadro de política pública para monitoramento de inclusão social e direitos humanos em políticas públicas e documentos de política pública. Essa ferramenta identifica o nível de comprometimento de determinada política quanto a grupos vulneráveis e conceitos centrais de direitos humanos, baseados nos princípios de universalidade, equidade e acessibilidade dos serviços de saúde. Os grupos vulneráveis utilizados na pesquisa basearam-se na Classificação de Deficiências, Funcionamentos e Saúde da OMS (OMS, 2001), cujas classificações pressupõe os “funcionamentos humanos como determinados por um processo complexo no qual limitações e restrições de atividades na participação social são resultados de encontros entre o indivíduo com a condição de saúde e o ambiente” (EIDE *et al.*, 2013, p. 156, tradução da autora). Os grupos vulneráveis definidos são classificados por: recursos limitados, risco relativo alto de morbidade, mortalidade materno infantil, domicílios chefiados por mulheres, crianças com necessidades especiais, população velha, população jovem, minorias étnicas, populações deslocadas, população com moradia longe do trabalho, população com doenças crônicas, e pessoas com deficiência (EIDE *et al.*, 2013, p. 158).

Os conceitos centrais de direitos humanos são baseados nas formas de definição de deficiência, no direito de se desfrutar do nível de saúde mais alto possível, e em elementos mais gerais de políticas públicas de saúde, sendo definidos em: não discriminação, serviços individualizados, elegibilidade, serviços baseados em capacidade, participação, serviços de coordenação, proteção contra dano, liberdade, autonomia, privacidade, integração, contribuição,

recurso familiar, suporte familiar, accountability, prevenção, desenvolvimento de capacidade, qualidade e eficiência (EIDE *et al.*, 2013, p. 157). Já os documentos internacionais analisados consistem em documentos da ONU, da OMS, da Comissão Europeia, da *International Health Policies* (IHP), da *GAVI Alliance* e da *HIV/AIDS Alliance*.

Os autores apresentam que os conceitos centrais mais mencionado são os de orientação aos sistemas de saúde, seguido do conceito de participação e qualidade. Os autores argumentam que é compreensível que as medidas de orientação dos sistemas de saúde, como serviços individualizados, serviços baseados na capacidade e coordenação de serviços, sejam as mais abordadas, tendo em vista a determinação da equidade no acesso a serviços de saúde como um dos principais objetivos das Iniciativas Globais de Saúde pela própria OMS. Já os grupos vulneráveis especificados mais vezes são mortalidade materno infantil, pessoas com deficiência e população. No entanto, tais grupos são referenciados poucas vezes comparativamente ao termo “universal” com o qual os documentos se referem a grupos vulneráveis.

Eide *et al.* apresentam, por fim, algumas lacunas encontradas nesses documentos. Quase nenhuma política apresentou informações de como é possível obter equidade nos serviços de saúde no nível comunitário. Além disso, poucos documentos apresentaram planos de ações ou formas de implementação das diretrizes. E apesar dos conceitos centrais de equidade serem mencionados nos documentos, há pouca referência aos grupos vulneráveis específicos. Os autores afirmam que os conceitos centrais são mais amplamente discutidos, sendo termos usados nas definições de áreas de prioridade em equidade em saúde, o que condiz com o maior número de referências. Apontam, no entanto, para a necessidade de mais debate sobre as especificações de grupos vulneráveis e que a falta de comprometimento com inclusão social e direitos humanos identificada nos documentos indicam que as políticas de saúde nas agências internacionais estão longe de garantir equidade em saúde para os grupos vulneráveis.

Assim como Eide *et al.*, Ritsatakis (2009) também faz um estudo de avaliação de como o princípio de equidade em saúde se relaciona a grupos vulneráveis. Porém, ao invés de fazer uma avaliação das diretrizes das políticas, a autora avalia os resultados da implementação da política (a fase III da *Healthy Cities Network* da ONU Europa). Como parte da estratégia “*Health for All*” da OMS, a autora parte do pressuposto de que a desigualdade em saúde só pode ser tratada com ações intersetoriais que influenciam a vasta gama de determinantes sociais da saúde. O foco da OMS tem sido na pobreza, mas diretrizes do PNUD apontam para a redução da

pobreza por meio de melhorias na equidade de educação, saúde e gênero. A autora enfatiza como pobreza difere de desigualdade, visto que a primeira se refere àqueles em maior desvantagem, enquanto o segundo se refere a toda a escala social. Assim, além de prioridade aos em maior desvantagem, é necessário também a consideração de todos os grupos sociais, como a coesão social de Wilkinson (1996)¹⁰.

A autora adota a definição de Whitehead (1992) quanto às diferenças e iniquidades de saúde e o modelo de Whitehead e Dahlgren (2007) dos principais determinantes da saúde (FIGURA 3) - este trabalho, também levantado na revisão sistemática, será analisado no bloco temático de políticas, programas, ações e práticas de equidade em saúde, visto que se trata de um trabalho de estratégia da ONU-Europa sobre políticas e estratégias para promover equidade social na saúde, que utiliza o modelo dos determinantes da saúde para apresentar diretrizes de políticas em cada nível de determinantes da saúde. O modelo de Dahlgren e Whitehead parte do nível micro-individual no centro para os macrodeterminantes no nível mais distal, relacionadas aos aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais.

¹⁰ Wilkinson (1996) é um dos mais influentes autores no estudo da relação entre saúde e desigualdade de renda (e referenciado em alguns estudos desta revisão sistemática). O autor adota a desigualdade de renda como um indicador de coesão social. No entendimento de que renda é uma categoria de consumo, que promove a participação na vida social por meio do consumo, Wilkinson toma a renda como variável para medir a coesão social que determina os níveis de bem-estar e saúde da população.

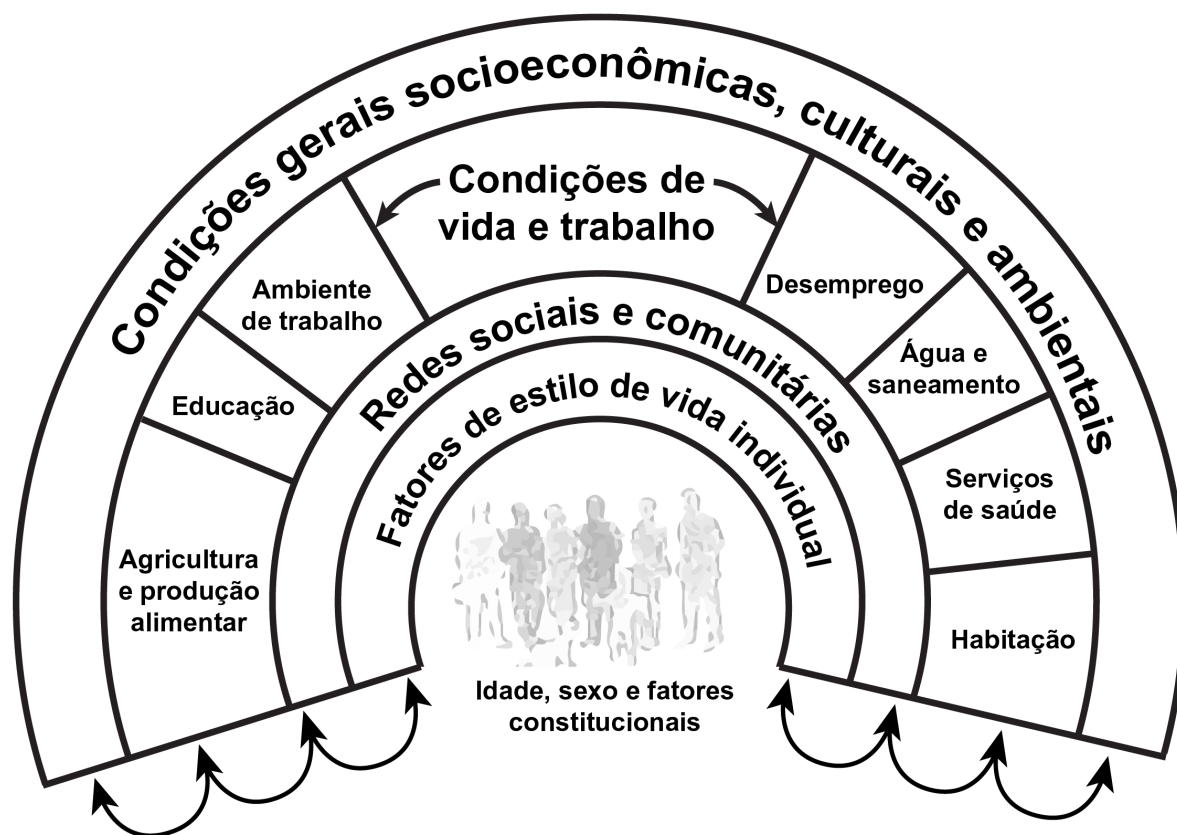


Figura 3 – Os principais determinantes sociais da saúde
 Fonte: Adaptado de DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007, p. 11.

Conforme Whitehead (1992) destaca, os determinantes que compõem o centro do modelo (sexo, idade, genética) devem ser diferenciados dos demais componentes mutáveis nos níveis distais quanto ao impacto na saúde. Nem todas as diferenças em saúde são iniquidades em saúde. Os fatores fixos, biológicos podem gerar diferenças de saúde, mas não serem percebidos como iníquos. A equidade em saúde consiste em atuar sobre diferenças evitáveis e injustas. Em razão dos determinantes da saúde incluírem desvantagens de renda, educação e outros fatores, o que coloca grupos em desvantagem vulneráveis a doenças, o senso de injustiça é intensificado.

Ritsatakis afirma que há dois tipos de indicadores na mensuração de desigualdades em saúde: indicadores univariados, como mortalidade prematura, algumas formas de morbidade e anos de vida ajustado à qualidade (QUALYs), sobre os quais há maior consenso, e indicadores covariados, sendo posições socioeconômicas um dos principais, mas que são objeto de maior

discussão quanto à mensuração. Posições socioeconômicas é conceituado de diversas formas, mas no geral englobam fatores como nível de renda, educação, ocupação, sendo também incluídos indicadores relativos à renda como posse de bens (carro e imóvel próprio), com base em gênero, idade e região. Grupos populacionais como mulheres, pessoas com deficiência, população idosa, imigrantes e refugiados são considerados grupos vulneráveis por algumas estratégias de equidade em saúde, como a *Healthy City Network* e conforme apresentado por Eide *et al.*

A autora apresenta a tipologia de Whitehead (2007) de princípios e ações para tratar as desigualdades em saúde, que consiste em (i) intervenções macroeconômicas distais, que compete às agências internacionais e governos nacionais, e três categorias que competem aos governos locais: (ii) melhoria nas condições de moradia e trabalho, por meio de políticas de saúde ambiental em cidades industrializadas; (iii) construção de coesão social e suporte mútuo, que deve ser feito no nível de bairros e comunidades; e, (iv) fortalecimento de indivíduos em circunstâncias de desvantagem, relacionado aos determinantes de saúde de estilo de vida. Assim, a análise da autora toma esses três princípios na avaliação das ações das cidades.

As principais áreas de atuação em suporte a grupos vulneráveis são, em ordem decrescente: ‘crianças’, mencionadas pelo maior número de cidades, cujas ações são relativas a alimentação, nutrição, abrigos, casas de juventude, acampamentos de verão, suporte para crianças vítimas de abuso, taxas reduzidas em creches para crianças com deficiência e programa de recuperação de leitura; ‘população idosa e pessoas com deficiência’, com ações de melhoria de acesso a prédios e transporte público, cuidado de enfermagem e tele-alarme; ‘imigrantes, minorias étnicas e viajantes’, com ações de informação e interpretação de dialetos étnicos, representação de imigrantes em conselhos municipais, programas de coexistência cultural e sistema bancário para pobres e imigrantes; ‘mulheres’, cujas ações envolvem abrigos para mulheres vítimas de violência, programas para mães solteiras e mães encarceradas; ‘estilo de vida’, como aulas de natação para jovens em desvantagem e mulheres de minorias étnicas, acesso gratuito a piscinas para jovens, ciclovias e projetos de ciclismo e caminhada, como vias seguras para escolas; ‘cuidado de saúde’, cujas ações incluem gratuidade em serviços preventivos e de *check-up* para grupos em desvantagem, transparência nas listas de espera e empréstimo de equipamento médico; ‘desemprego’, com ações de requalificação, desenvolvimento de infraestrutura para atração de novas empresas, priorização de trabalho e esforços na redução de

desemprego entre mulheres, ex-prisioneiros e pessoas com deficiência; e, ‘moradia e moradores de rua’, com ações de renovação de encanamento para garantia de água potável e transferência de ações de moradia social (RITSATAKIS, 2009, p. 84-5).

Diante dessas ações apresentadas, a autora analisa como as cidades tomaram a desigualdade em saúde manifestadas em diferenças geográficas, grupos vulneráveis e diferenças socioeconômicas. Afirma que, apesar de um esforço em enfatizar desigualdades em saúde e não em doenças ou mortes, a maior parte das cidades baseou suas ações em informações públicas de indicadores univariados, como morbidade e mortalidade prematura. Ritsatakis aponta como cidades com longa tradição de mapeamento de desigualdades em saúde e suas causas foram capazes de desenvolver bases informacionais que promoveram discussão política para ação. Nesse sentido, aponta para a importância de melhorar a disponibilidade, organização e coleta de informações sobre as desigualdades em saúde reflexos das diferenças socioeconômicas, por meio de mecanismos de mensuração e monitoramento. Por fim, destaca que poucas cidades foram capazes de atuar para além do suporte a grupos vulneráveis, atingindo os determinantes intermediários da saúde – isso requer a responsabilidade de outros setores no combate às desigualdades de saúde e da promoção da equidade em saúde.

Também com o objetivo de analisar os elementos relativos aos determinantes sociais da saúde, Carrapato *et al.* (2017) fazem um levantamento de referências de conceitos de determinantes de saúde na literatura publicada. Utilizam o método da bibliometria com o objetivo de identificar quais os determinantes de maior impacto na saúde (os mais mencionados), os tipos de documentos que tratam desse assunto na literatura (bem como local e ano de publicação, método) e os autores e entidades mais citados. A análise dos autores parte do pressuposto de que há fatores fora da medicina que influenciam ou afetam de forma decisiva a saúde. Estima-se ainda que essa influência é maior do que as de fatores da medicina. Dado o entendimento de saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social (ONU, 1946), os autores apontam a necessidade de obter informações de diversas dimensões, de nível individual e por um conjunto de fatores.

Tal concepção de saúde, no entanto, não é consensual e há um debate acerca de “seu caráter dicotômico (ter saúde ou não ter saúde), utópico e irreal” (CARRAPATO *et al.*, 2017, p. 678). Esta crítica baseia-se no fato de que tal definição aproxima-se da noção de felicidade. Diferentes autores propõem, portanto, formas de especificar o conceito da saúde. Tendo em vista

que grande parte da população com alguma doença continua vivendo a vida, Nordenflit (2000) defende que a doença está relacionada a determinado órgão ou parte do corpo ou mente. Já Scliar (2007) argumenta que, visto que a saúde é impactada por fatores externos à saúde (econômico, cultural, política e social), o significado de saúde varia para cada indivíduo, sendo relacionado à época do lugar, classe social, valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas. Minayo, Hartz e Buss (2000) acreditam, por outro lado, que saúde trata-se de qualidade de vida, ou seja, uma construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si” (MINAYO *et al.*, 2000, p. 4 *apud ibid.*, 2017, p. 678). Por fim, na concepção de Bircher (2005), a saúde é um estado dinâmico de bem-estar dado por um “potencial físico, mental e social, que satisfaz as exigências de uma vida compatível com a idade, a cultura e responsabilidade pessoal” (*Ibid.*, 2017, p. 678), sendo que a insuficiência desse potencial na satisfação das exigências caracteriza-se como a doença.

Portanto, a saúde, entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (logo, afetado por aspectos sociais, ambientais, econômicos, biológicos entre outros) é questionada, pois é irreal conceber um estado completo de bem-estar (dadas as dificuldades de mensuração e valoração e significação de bem-estar). Além disso, pode-se argumentar que uma pessoa doente ainda pode usufruir de uma vida de bem-estar em razão de outros benefícios. O paralelo feito com a noção de felicidade se dá pela mesma utopia de realização completa de uma felicidade válida para todos, visto que a concepção de felicidade é subjetiva. Apesar de poder ser medidas pelos níveis de proteção, de garantias e de segurança, a felicidade está relacionada, em última instância, aos significados e valores dados pelas pessoas às coisas (bem como suas percepções delas), o que é compatível com culturas, crenças, tempo e espaço. Assim, ao debater o próprio conceito de saúde, Carrapato *et al.* apresentam uma importante questão que deve ser considerada na análise dos determinantes sociais de saúde. Enquanto grande parte da literatura foca-se apenas no lado dos determinantes, ao questionar a conceituação de saúde da OMS, os autores destacam a importância do entendimento anterior da saúde, que pode afetar a análise subsequente dos determinantes da saúde.

Por determinantes da saúde, os autores consideram os fatores que influenciam, afetam ou determinam a saúde da população e indivíduos. Apesar da literatura utilizar frequentemente cinco categorias para a análise desse conjunto de fatores de influência (fixos ou biológicos; econômicos e sociais; ambientais; estilos de vida; acesso aos serviços), os autores optam por

apenas três: ambientais, sociais e econômicos. Considerando que “mais de metade da influência na saúde dos indivíduos tem por base as condições em que as populações nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem” (*Ibid.*, 2017, p. 680), conforme também apontaram Braveman e Gruskin (2014), a compreensão dos fatores dessas influências é essencial para a elaboração de estratégias de redução dos mecanismos nocivos à saúde. Enquanto a OMS dá ênfase nos fatores ambientais, “por determinarem 25% da saúde da população” (*Ibid.*, 2017, p. 680), há autores que destacam o estilo de vida ou as causas de estratificação social.

Dados os três tipos de determinantes selecionados pelos autores, afirmam que os determinantes ambientais (como poluição da água e do ar, biodiversidade, condições de habitações, segurança alimentar, qualidade dos transportes, política energética, ambiente urbano e gestão de resíduos) afetam as populações e seu desenvolvimento econômico. Os determinantes econômicos (como desempenho econômico do país, rendimento, situação de emprego, ocupação e habitação) podem afetar a saúde pela privação material e imaterial. O rendimento (individual ou familiar) também impacta nos comportamentos relativos à saúde, como escolhas alimentares, atividade física, consumo de tabaco ou álcool - Lindbladh *et al.* (1997) apontam que os comportamentos prejudiciais à saúde são predominantes em grupos de baixa renda, como será apresentado no próximo domínio temático. Além do nível individual, os determinantes econômicos também estão relacionados ao fenômeno da globalização, o crescimento econômico e as consequentes desigualdades globais.

Os determinantes sociais, cujas teorias datam do século XIX, partiam do entendimento da medicina como uma ciência social, o que modificou-se com o advento da biomedicina. De forma geral, a literatura recente entende os determinantes sociais da saúde como condições de vida e de trabalho que afetam a saúde. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) no Brasil as define como “fatores sociais, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco da população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78 *apud ibid.*, 2017, p. 682). Carrapato *et al.* acrescentam que a literatura tem caminhado para a análise de como determinada sociedade se organiza e sua relação com as condições de saúde da população.

Os autores afirmam que, apesar do destaque dado aos estudos sobre determinantes sociais da saúde, a implementação de políticas relativas aos determinantes na redução das iniquidades em saúde, melhora do nível de saúde e do bem-estar ainda são modestas, o que pode

sugerir que a governança, tanto local quanto global, ainda tem dificuldades de tratar problemas sociais, ambientais e econômicos pertinentes do século XXI. Assim, a aplicação local de medidas eficazes para a amenização dos efeitos adversos dos determinantes da saúde requer preocupação e comprometimento globais e vontade e liderança políticas. Os autores concluem com a noção de que a equidade em saúde deve atuar sobre os determinantes sociais da saúde sob a perspectiva do curso de vida (como defendem Braveman e Gruskin) por meio de ações multissetoriais em todas as fases do ciclo de vida, visto que “o estado de saúde individual é um marcador de suas posições sociais no passado” (GEIB; 2012, p. 131 *apud* CARRAPATO *et al.*, 2017, p. 688).

4.2.2.7. Equidade na estrutura de poder

Apesar de também relacionarem a equidade em saúde aos determinantes sociais, os sete artigos deste domínio destacam as estruturas de poder, em termos de relações de poder, como determinantes no entendimento de equidade, o que coloca um contexto diferente do apresentado pelos estudos de determinantes sociais. Enquanto Barreto (2017) e Navarro (1999) fazem essa análise por uma perspectiva global, Lindbladh *et al.* (1998) tomam as relações de poder nas estruturas sociais nacionais. Vale ressaltar que, apesar do ensaio de Lindbladh *et al.* tratar da equidade em saúde sob o ponto de vista de princípios éticos, ele foi inserido neste domínio temático (e não no tema de justiça social), pois, pelo argumento dos autores, o sentido conferido à equidade em saúde em políticas públicas está diretamente relacionado às relações de poder na estrutura social, inserindo a ordem ética nessa estrutura de poder (e não no conceito de equidade em saúde).

Autor (Ano)	Título	Definição	Equidade é:
Barreto, M. (2017)	Desigualdades em saúde: uma perspectiva global	Implícita	A equidade em saúde requer a promoção de ações sobre os determinantes sociais da saúde e do bem-estar por meio de uma abordagem intersetorial. Desigualdades são diferenças perceptíveis e mensuráveis existentes

			nas condições de saúde ou relacionadas às diferenças no acesso aos serviços de prevenção, cura ou reabilitação da saúde. Iniquidades em saúde são desigualdades consideradas injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça.
Navarro, V. (1999)	Health and equity in the world in the era of "globalization"	Implícita	Políticas de <i>welfare state</i> geram maior equidade. As desigualdades em saúde são geradas pelas relações de dominação e exploração nas estruturas de poder, entendidas pelo processo de globalização e pelas relações de classe nos países.
Lindbladh, R.; Lyttkens, C.H.; Hanson, B. S.; Ostergren, P. O. (1998)	Equity is out of fashion? An essay on autonomy and health policy in the individualized society	Implícita	Iniquidades em saúde são resultados de diferenças socioeconômicas na saúde, que são indesejáveis e devem ser eliminadas ou reduzidas. A equidade em saúde como um objetivo de políticas públicas, em termos de esforços preventivos relacionados a comportamentos relativos à saúde, preza pela autonomia individual. A individualização da sociedade prioriza a autonomia individual, às vezes às custas da equidade. Políticas públicas de equidade em saúde refletem a visão e os valores daqueles que a formulam, relacionados à posição que ocupam na estrutura social.

Quadro 11 – Domínio temático: Equidade na estrutura de poder

Diante do descolamento entre princípio e prática da equidade em saúde como objetivo de políticas públicas, Lindbladh *et al.* (1998) abordam dois mecanismos para analisar

essa discrepância: a individualização da sociedade e a vinculação das crenças e valores individuais à posição na estrutura social. Apesar do reconhecimento internacional e do comprometimento político de que diferenças socioeconômicas na saúde são uma forma de iniquidade e devem ser eliminadas ou reduzidas, essa noção é desintegrada quando se trata de políticas práticas. Os autores analisam essa discrepância entre o princípio e a prática por meio de dois mecanismos que influenciam tanto as escolhas das medidas das políticas de saúde e o julgamento normativo quanto aos esforços preventivos - o trabalho foca-se apenas em esforços preventivos, que tratam a equidade em saúde por meio da adoção individual de comportamentos relativos à saúde como ponto de partida.

Tais mecanismos (individualização da sociedade e vinculação de crenças e valores à posição na estrutura social) afetam o princípio ético de autonomia individual, gerando reflexos na política de saúde. O princípio da autonomia individual pode ser analisada pela teoria da individualização¹¹, a qual entende a “individualização do atual momento da modernidade como uma ‘dependência de mercado em todas as dimensões da vida’” (LINDBLADH *et al.*, 1998, p. 1018). A vida cotidiana tem reflexos da individualização na multiplicação contínua de questões de escolha individual, sujeição à risco e incerteza. Competências e conquistas individuais ganham mais importância e mesmo as crescentes desigualdades sociais surgem de forma individualizada, o que pode ser observado na área da saúde por meio das “novas formas de atribuição de culpa” (BECK, 1994, p. 115 *apud ibid. et al.*, 1998, p. 1018).

A autonomia, entendida como escolha livre individual, condiz com esse processo de individualização, no sentido de que se um indivíduo faz uma escolha livre, torna-se responsável por ela. Seguindo esse pensamento, os indivíduos são responsáveis por sua própria saúde, visto que fazem escolhas livres de comportamentos relativos à saúde. Isso leva ao debate de que escolhas individuais de comportamentos relativos à saúde devem ser consideradas na priorização de grupos para políticas de saúde. Os autores exemplificam isso com o argumento da comissão governamental da Suécia de que indivíduos que fumam (ou têm comportamentos prejudiciais à saúde escolhidos livremente) devem ter menos prioridade quando o serviço de saúde é escasso. Por essa lógica, indivíduos que adotam certos comportamentos individuais negligenciando os

¹¹ “A teoria da individualização relaciona-se a condições estruturais complexas, que incluem mudanças no mercado de trabalho e o crescimento do estado de bem-estar e crescente mobilidade geográfica e social. Individualização de chances de vida em termos da biografia do indivíduo ser removida de certas determinações não é baseada na decisão livre individual. Como Giddens coloca: ‘nós não temos escolha a não ser fazer escolhas’” (BECK, 1994; MELUCCI, 1989; BECK *et al.*, 1994; ZIEHE, 1992 *apud* LINDBLADH *et al.*, 1998, p. 1018)

efeitos para sua própria saúde sofrerão as consequências por serem socialmente irresponsáveis. Uma forma extremada da individualização que tem efeitos nas políticas de saúde, de acordo com os autores, consiste na responsabilização individual por vícios, considerados uma livre escolha e não reflexos de condições sociais - debate pertinente nas políticas de intervenção na “cracolândia” em São Paulo.

Exposto o mecanismo da individualização da sociedade, os autores passam para a outra abordagem: a vinculação de crenças e valores à posição na estrutura social, afirmando que a seleção do princípio ético e das estratégias de prevenção são escolhas feitas de um ponto de vista específico e subjetivo, relacionado à posição de ocupação na estrutura social. Por meio dessa perspectiva, a autonomia (compreendida como uma livre escolha individual que não deve ser interferida e implica em responsabilidade individual) é um “ponto de vista moral” geralmente tomado por aqueles que estão em posição social vantajosa. Isso mostra:

Como valores de liberdade individual e preferência por soluções individuais estão naturalmente integradas em modelos de mundo usufruídos por indivíduos no topo da hierarquia social. Em contraste, o valor da igualdade e a aprovação de soluções coletivas tem suas bases sociais nas classes sociais dominadas. (LINDBLADH *et al.*, 1998, pp. 1018-9)

Tendo isso em vista, a importância dada à autonomia individual resulta do fato de que esses grupos em vantagem na estrutura social são os que definem as agendas de discussões públicas. Essa ênfase na autonomia também afeta as escolhas relativas às estratégias preventivas, que seguem as visões das classes sociais em vantagem e pressupõem a liberdade de escolha individual. Diante disso, os autores argumentam como informação e tributação tornam-se medidas comumente escolhidas nas políticas de saúde. A tributação coloca desincentivos a comportamentos não saudáveis sem restringir a liberdade individual, como a tributação de cigarros. Dadas as evidências de que comportamentos não saudáveis predominam na população de baixa renda, a tributação recai mais sobre essa parcela da população. Já a regulação não seria uma medida escolhida visto que restringe as escolhas mesmo daqueles que estão em posição de vantagem na estrutura social. Em razão disso, os autores argumentam que há uma tendência das classes de baixa renda se oporem menos à regulação do que à tributação, e as classes de alta renda, o inverso.

Lindbladh *et al.* apontam como as estratégias de prevenção tem se focado mais em medidas de tributação e informação do que de regulação, o que é compreensível diante da análise apresentada. No entanto, tais medidas mostram apenas um sucesso moderado na promoção de saúde e nenhum resultado na redução de desigualdades em saúde. Como alternativa, programas de prevenção baseado na comunidade são apresentados como possíveis soluções, os quais também estão de acordo com a individualização da sociedade por promover a responsabilização individual pelo estado de saúde e estendê-la para a saúde da comunidade. Outra estratégia são as campanhas informativas focadas em grupos específicos. Esse tipo de esforço preventivo é debatido enquanto princípio ético devido à sua interferência nas esferas privadas da vida. Isso está relacionado à distância social entre o público alvo da política e aqueles que a formulam, entendida pelo desconhecimento de preferências de estilo de vida e pela atitude normativa dos formuladores da política, detentores da legitimidade moral. Nesse sentido, os autores citam a noção de Bourdieu de “concepção dominante do estilo de vida legítimo que reflete os julgamentos daqueles que tem o poder e a habilidade de expressar suas visões em um contexto oficial” (*Ibid.*, 1998, p. 1020). É por essa perspectiva que comportamentos de risco como esportes radicais, relacionados a status sociais e renda, não são moralmente condenados, ao passo que consumo de álcool e tabaco, relacionados a estilos de vida da classe trabalhadora, são considerados degenerativos.

As estratégias de campanhas informativas consistem na educação sobre saúde voltada para a “maioria não saudável”, composta por trabalhadores braçais, população de baixa escolaridade e população na base da estrutura socioeconômica. Tais políticas requerem não só a identificação do público-alvo, mas o conhecimento de seus valores e concepções. Os autores apontam que, no entanto, a questão ética no fato d“os que educam” e d“os que devem ser educados” estarem em posições diferentes na estrutura social raramente é colocada em debate. A formulação dessas estratégias informativas, todavia, apresenta de fato problemas éticos. Campanhas informativas de focalização seletiva podem tanto ser baseadas na persuasão e em argumentos racionais quanto em informações manipuladoras de apelo emocional e psicológico - esta última sendo considerada como uma afronta à autonomia. No entanto, presume-se que campanhas baseadas em fatos e apelo racional são melhor assimiladas pelos grupos de alta escolaridade. Assim, uma forma prática de atingir o público-alvo de baixa escolaridade é adotar estratégias de apelo emocional e psicológico. Infere-se que não há problema em interferir na

esfera privada desses grupos enquanto a autonomia de outros grupos mantém-se intacta, pelo argumento de sua capacidade de inteligir as informações.

Os autores utilizam essa situação para questionar as questões morais de certas campanhas e políticas públicas de segmentação de grupos populacionais e adaptação de informações para esses grupos, visto que os formuladores das políticas (ou “os educadores”) são aqueles que estão no topo da estrutura social. Além disso, questionam a legitimidade moral de tais campanhas de focalização seletiva, visto que se baseiam em um modelo de promoção de saúde individual, o qual tem como premissa a dignidade humana e o respeito pela autonomia individual. Essa autonomia, no entanto, é ferida por tais campanhas, que podem ser vistas como formas de dominação de grupos sociais, que por uma legitimação formal, tomam para si o direito de ferir aspectos cognitivos e morais dos grupos dominados. Os autores também consideram isso como uma forma de violação da equidade horizontal - concordam com Rawls na defesa da autonomia como princípio essencial da justiça. A focalização de grupos considerados como “exemplos ruins” ou de comportamento condenável também os coloca em uma posição inferior, o que é uma forma de violação da autonomia daqueles colocados nessa posição, principalmente quando o comportamento relativo à saúde é determinado por condições estruturais fora do controle individual.

Os autores identificam que, dado o objetivo de se alcançar a equidade, importância é dada ao princípio da autonomia, no que diz respeito aos comportamentos relativos à saúde escolhidos individualmente, e o respeito a esse princípio é utilizado como uma justificativa para as escolhas de estratégias específicas, que tem se mostrado ineficientes (ou até mesmo erradas). Defendem assim, que outras estratégias devem ser tomadas, até no sentido de violar algumas autonomies, mas não por uma violação dada por uma seletividade ou focalização social. A violação à autonomia por uma focalização social, conforme os autores, reside na hegemonia moral das classes dominantes e no seu entendimento de que são responsáveis por “assistir, educar, corrigir e controlar os indivíduos pobres e de baixa escolaridade” (*Ibid.*, 1998, p. 1021).

Além das estratégias no nível individual, Lindbladh *et al.* apresentam também formas de tratar as desigualdades no nível estrutural, visto que a distribuição de saúde desigual na sociedade deve ser combatida por meio de mudanças nas desigualdades socioeconômicas bases. Enquanto a análise no nível individual é feita pela visão dominante da abordagem focalizada, no nível estrutural ela é feita por meio do discurso dominante de *welfare state*. Diante da constatação

de que, “quanto o mercado se torna a norma, a intervenção estatal se torna o desvio” (RUSTIN, 1989 *apud ibid.*, 1998, p. 1021), os autores apontam como a individualização atenua as medidas de políticas estruturas, visto que a vida das pessoas se tornam de sua própria responsabilidade. Esse processo de individualização muda a visão dos indivíduos sobre o *welfare state*. Mesmo na Suécia (país de origem dos autores), caracterizada por um Estado de bem-estar social de ampla intervenção pública, universalismo e igualitarismo, a noção de *welfare state* tem sofrido questionamentos de ordem moral, por ser vista como um obstáculo no desenvolvimento individual. Pelas elites, esse questionamento é intensificado, sendo o *welfare state* considerado uma “ameaça à responsabilidade moral individual” (WOLFE, 1989 *apud ibid.*, 1998, p. 1021), tendo em vista a liberdade de escolha como principal princípio ético. Isso corresponde a uma priorização da autonomia individual por essa classe dominante, mesmo às custas da equidade.

Essa visão em relação ao *welfare state* foi gerada pelo próprio estado de bem-estar social. Ao oferecer seguridade básicas e basear-se na igualdade e na homogeneidade, “ninguém tem responsabilidades, ninguém é responsável (*accountable*), ninguém precisa mostrar lealdade, ninguém precisa se comprometer a esse sistema abstrato (ZIJDERVELD, 1986, p. 453 *apud ibid.*, 1998, p. 1021). Disso decorreu uma individualização na vida cotidiana, o que levou a população a ver o próprio *welfare state* como obstáculo para a expansão dessa individualização. Os autores argumentam que isso tem como origem o surgimento da política de *welfare* universal, presente na Suécia e na Escandinávia em geral, vista como uma violação à integridade pessoal da parcela da população em vantagem na estrutura social, que, diante da pobreza (e da consequente violação da autonomia individual) da parcela em desvantagem, “abdicaram” suas posições de privilégio para a sobrevivência dos mais pobres. De acordo com os autores, esse processo apresenta uma definição de autonomia sutilmente diferente da ideia de livre escolha e um dos motivos pelos quais houve uma mudança de visão quanto ao *welfare state*.

Diante dessas duas análises, no nível individual e no nível estrutural, os autores argumentam como o princípio de igualitarismo esvaeceu-se com o processo de individualização, baseado na livre escolha e na responsabilidade individuais. Isso leva ao detrimento da equidade em saúde enquanto princípio moral. Tendo isso em vista, os autores afirmam que os motivos por trás da equidade como finalidade são de ordem utilitarista. Em uma sociedade individualizada, a igualdade de saúde não é objetivada por ser equitativa, mas por ser uma forma eficiente de maximizar a saúde pública, como o bem comum, na ideia de que ao melhorar a saúde dos mais

pobres, todos são beneficiados. Os autores não defendem essa visão da equidade, mas afirmam que ela explica a forma como a autonomia é abordada nas políticas de saúde. Dados os dois mecanismos apresentados, Lindbladh *et al.* afirmam que “não há ponto de vista neutro e propostas de políticas concretas são feitas por indivíduos que ocupam uma posição específica na hierarquia social e essas visões refletem experiências e valores específicos baseados em classe” (*Ibid.*, 1998, p. 1023). Argumentam que é preciso refletir como os pontos de vista sociais influenciam decisões de ordem racional e ética, defendendo que escolhas de diretrizes ética não devem refletir a visão e os valores daqueles no poder, mas devem ser feitas sob o “véu da ignorância” de Rawls, no qual ninguém está na posição de obter vantagens para si próprio (RAWLS, 1973 *apud ibid.*, 1998, p. 1023)

Enquanto Lindbladh *et al.* analisam como a equidade é abordada nas estruturas de poder e convertida em políticas e estratégias baseadas nas visões e valores da classe dominante, Navarro (1999) aponta como as estruturas de poder no mundo globalizado atuam como barreiras para a concretização da equidade, contribuindo no sentido contrário, de aumento das iniquidades em saúde. A globalização da economia, que data do fim dos anos 70, configura uma nova ordem política e econômica e estrutura de poder dominante no mundo. Essa globalização torna-se uma força também na determinação de políticas públicas (incluindo políticas de saúde). Navarro argumenta como essa configuração reduz o poder dos governos na formulação de políticas nacionais, dada a competição econômica internacional, levando-os a abrir seus países para a globalização. Resta aos governos aderir a esse processo por meio da criação de condições favoráveis de comércio, investimento e transações financeiras. Para tal, promovem a redução de impostos em investimentos de capital, reduzem déficits públicos por meio de cortes nos gastos públicos e sociais, desregulam os mercados financeiro e trabalhista, privatizam programas e órgãos públicos, e criam políticas fiscais que beneficiam os setores de alto rendimento.

De acordo com Navarro, esse processo gera impactos profundos na sociedade e intensifica as desigualdades, que decorrem do crescimento da riqueza oriunda do capital (não do trabalho), da crescente polarização de salários, e da atenuação do impacto da redistribuição do *welfare state* e do declínio da infraestrutura pública. Assim, enquanto a globalização representa para alguns um alto crescimento da riqueza e da renda, para outros, os efeitos são adversos, com a deterioração dos padrões de vida, do bem-estar e da saúde. Neste cenário, observa-se uma objeção a políticas de *welfare state*, com o corte de gastos públicos em serviços sociais. Navarro

aponta como as taxas de crescimento de transferências sociais e gastos sociais têm diminuído nos anos 80 e 90, apesar das necessidades humanas terem aumentado. O consumo público em termos de bens e serviços oferecidos pelo setor público (majoritariamente de políticas de *welfare state*) também tem decaído. O autor indica como esse processo de degeneração de políticas de *welfare* pode ser observada na mudança de benefícios universais para benefícios subordinados a condições de recursos, no crescente protagonismo do setor privado no financiamento e provisão de serviços, e a redução na atenção à saúde pelo corte de empregos e gastos por usuário.

Apesar desse cenário de crescente desigualdade dada pela globalização, Navarro argumenta que há pouca preocupação no debate internacional, principalmente o pautado pelas agências internacionais. O autor alega que tais agências (em particular, a OMS, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial), têm um discurso e recomendações “livres de valores”, baseados principalmente em considerações científicas e técnicas, com “conclusões e recomendações que tendem a coincidir com o conhecimento convencional dos centros de poder dominantes no mundo atual” (NAVARRO, 1999, p. 219), o que o autor nomeia de discurso tecnocrático. Ressalta que tais agências estão longe de ser apolíticas (e possuem significativas diferenças entre si), mas têm análises ausentes de considerações dos papéis do poder e da política da globalização. Nisso reside também a falta de diferenciação entre globalização e internacionalização, exemplificando com a referência da OMS àqueles opostos à globalização como “isolacionistas”, “protecionistas”, “xenófobos” ou “nacionalistas” (*Ibid.*, 1999, p. 220). Navarro defende que a “globalização é uma forma específica de internacionalização que responde a interesses financeiro e econômico específicos que são articulados nas relações de classe de cada sociedade” (*Ibid.*, 1999, p. 220). Assim, aponta para a importância de reconhecer que a globalização não é neutra e as visões por trás dela não são livres de valores.

Navarro argumenta como o apreço pela globalização pode ser equivocado por intensificar as desigualdades globais. A liberalização dos serviços de saúde, dada pela globalização e celebrada pela OMS por transnacionalizar os sistemas de saúde nacionais e diluir as fronteiras entre os setores de saúde nacionais e globalizados, é vista por Navarro como um processo perverso de desmantelamento de serviços de saúde nacionais. A liberalização dos serviços de saúde permite a entrada, por exemplo, de empresas de seguro de saúde privado em

países da América Latina (que já apresentam os maiores níveis de desigualdade de renda), reconfigurando a dinâmica do setor da saúde, que passa a ser guiado pela maximização de lucro, além da promoção de competição administrada. Neste cenário, organizações como o Banco Mundial, o FMI e a OMS exercem importante papel, visto que assistem esse processo de liberalização e transnacionalização de serviços de saúde. Diante disso, Navarro coloca em debate o incentivo à globalização de políticas de saúde no questionamento de quem determina tais políticas de saúde. Adiciona que não se trata de um conflito entre Norte e Sul e que é preciso considerar ainda que cada país é dividido em classes com interesses próprios (e uma elite própria), que podem ter mais força que os próprios interesses nacionais.

Assim, Navarro aponta para a importância de analisar a natureza das relações de classe dentro dos países, principalmente no conflito entre capital e trabalho, visto que as crescentes desigualdades sociais estão intrinsecamente relacionadas à desigualdade de capital. As relações de classe e seus reflexos nos âmbitos político, econômico e cultural são a base para o entendimento da realidade dos países. É diante disso que o autor afirma que “o discurso da globalização e sua mensagem econômica determinista está sendo reproduzido porque serve os propósitos de uma classe” (*Ibid.*, 1999, p. 223) - o que condiz com o pensamento de Bourdieu, apresentado por Lindbladh *et al.*. Apesar disso, Navarro não negligencia o papel das classes políticas e do Estado, que são fundamentais na configuração das políticas de saúde. Contrariamente à teoria globalização, há países capitalistas globalizados com amplas políticas de *welfare*, nos quais há uma maior equidade e maior eficiência, em razão de aspectos trabalho-intensivo, baixo desemprego e alto crescimento econômico, comparativamente a países capital-intensivo. Tais países, de base social democrática forte, têm um maior comprometimento com a equidade e apresentaram as mais eficientes economias na segunda metade do século XX, com crescimento econômico, alta produtividade, baixo desemprego, baixas desigualdades e altos indicadores de saúde. Opostamente, países neoliberais apresentaram situação inversa.

Isso leva à importância das categorias políticas de poder na análise dos impactos das desigualdades na saúde. Navarro indica que há uma carência desse tipo de análise, pois observam-se os sintomas, não as causas: deve-se atentar ao modo como a renda e a saúde são geradas a fim de compreender os processos de exploração e dominação e as causas da “ordem internacional injusta”. O autor afirma que há, todavia, um crescimento de estudos nesse sentido, dados pela análise da saúde da população pelas desigualdades de renda - o texto de Navarro data

de 1999, e, em quase 20 anos, esse tema já foi amplamente explorado. Cita Wilkinson (1996) como um dos mais influentes autores nessa temática (e referenciado em diversos estudos desta revisão sistemática), que adota a desigualdade de renda como um indicador de coesão social. No entendimento de que renda é uma categoria de consumo, que promove a participação na vida social por meio do consumo, Wilkinson toma a renda como variável para medir a coesão social que determina os níveis de bem-estar e saúde da população. Críticas à adoção da coesão social foram posteriormente apresentadas por ser um indicador equivocado conceitual e empiricamente, visto que sociedades podem ser coesas e ainda produzir relações exploratórias.

Navarro defende que o problema da relação entre renda, coesão e saúde não decorre de como a renda é resultada das relações de poder, em termos de produção e distribuição de recursos, mas de como são geradas e reproduzidas as próprias relações de poder, que incluem relações de classe, gênero e raça, que leva ao entendimento do modo e dos motivos da produção e reprodução das desigualdades de renda. As diferentes relações e posições na estrutura de poder geram variadas formas de poder material e imaterial (econômico, social e cultural) distribuídas na sociedade e meios de produzir e reproduzir essas formas de poder. As relações de exploração e dominação dentro desta estrutura, de acordo com o autor, são essenciais para explicar o nível de saúde da população e suas desigualdades. É por isso que, diante dessas posições e relações na estrutura de poder, “distribuição de renda, coesão social e outros conceitos como esses são sintomas, não causas” (*Ibid.*, 1999, p. 224). Para entender as desigualdades e deterioração da saúde, é preciso, portanto, mudar o foco da distribuição de renda ou da coesão social para as relações de poder de exploração e dominação, que devem ser analisadas sob as diversas sortes de classe, gênero, raça, entre outros, e seus reflexos nos aspectos político, econômico e social.

A perspectiva da análise de Navarro, quanto às desigualdades entre países e entre classes dentro de um país, em um mundo globalizado, também é adotada por Barreto (2017), passados 18 anos. O autor examina as desigualdades em saúde como um problema global e diferenciadas pelas perspectivas de desigualdades entre as nações e entre grupos dentro de uma nação. Para o autor, diferenças naturais (como a diferença de sexo) tornam-se desigualdades em razão de diferenças nos níveis de desenvolvimento e riqueza entre países e dentro de países. Tais desigualdades tornam-se iniquidades diante da distribuição desigual de acesso e posse de bens e riqueza pelas relações essencialmente de poder. Reflexos dessa distribuição desigual são observados na saúde por meio de condições desiguais de saúde entre diferentes grupos, tanto em

termos de níveis de risco quanto de acesso a recursos disponíveis no sistema de saúde. Nesse ponto, Barreto diferencia desigualdades em saúde das iniquidades em saúde:

Desigualdades referem-se àquelas diferenças perceptíveis e mensuráveis existentes quer nas condições de saúde, quer sejam relacionadas às diferenças no acesso aos serviços de prevenção, cura ou reabilitação da saúde (desigualdades no cuidado à saúde). Iniquidades em saúde, por outro lado, referem-se às desigualdades consideradas injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça. (BARRETO, 2017, p. 2101)

Na diferenciação entre desigualdades entre nações e desigualdade entre grupos de uma nação, Barreto afirma:

As desigualdades entre os países estão relacionadas com as diferenças no desenvolvimento econômico e social alcançadas, geradas pela posição que essas nações vêm ocupando em diferentes fases da história no sistema produtivo global. Reflexos da história e do ambiente econômico e político internacional na partilha, de cada país, nos recursos globais e nas possibilidades de desenvolvimento. As desigualdades dentro de um país são referentes à distribuição das riquezas acumuladas por uma sociedade e, em particular, de como ela se organiza e das relações sociais e de poder estabelecidas entre seus diversos estratos. Define-se pela história e os modelos políticos adotados e como o Estado tem redistribuído as riquezas nacionais por meio de sistemas fiscais e de transferência que permitiram gerar distanciamentos distributivos maiores ou menores entre os grupos sociais existentes. (BARRETO, 2017, p. 2098)

Adiciona ainda o conceito de desigualdade global, que consiste na combinação dos efeitos destas duas desigualdades.

A partir dessas definições, o autor analisa como as desigualdades em saúde são um problema global não apenas em países pobres, mas também em países ricos, o que aponta que suas origens não são relativas à pobreza, mas são mais profundas e estão relacionadas a causas históricas e estruturais. As condições da saúde são entendidas tanto por fatores biológicos (pela perspectiva das ciências biomédicas) quanto pelas formas de vida e organização da sociedade (pelo reconhecimento da determinação social da saúde). O tema da determinação social, que precede as ciências biomédicas, consiste na argumentação de que alterações nos contextos da vida social (econômico, social, político, cultural, ambiental ou comportamental) têm impactos nas condições de saúde da população e mudanças nesses âmbitos podem gerar melhorias ou piores nos padrões de vida. No momento em que os avanços das ciências biomédicas foram adotados além da determinação social, Barreto afirma que a atuação concomitante dessas duas perspectivas

na análise das condições de saúde da população resultou em dificuldades metodológicas na separação do efeito de cada uma delas.

Mesmo com o avanço das ciências biomédicas, a determinação social nas condições de saúde da população é um foco de análise importante, visto que as teorias biomédicas não dão explicações adequadas à existência de desigualdades em saúde no interior da população ou entre nações. Mesmo em países com sistema de saúde e tecnologias médicas avançados, são identificadas desigualdades de saúde, em razão de formas de estratificação social nesses países. A análise dos determinantes sociais das condições de saúde passa a ser feita para além de processos históricos e de desenvolvimento econômico, incluindo as políticas sociais. Observa-se que políticas que promovem melhorias de condições econômicas e fortalecem a proteção social geram impactos positivos nas condições de saúde.

Diante da constatação de desigualdades em saúde em países desenvolvidos, verifica-se a necessidade de analisar outros aspectos além do desenvolvimento econômico. Barreto aponta para a importância dos valores da própria sociedade no que é considerado justo ou injusto, configurando desigualdades ou iniquidades em saúde, conforme as definições apresentadas pelo autor, exemplificando que, em determinadas sociedades, diferenciais nos níveis de saúde entre o topo e a base da pirâmide não são considerados injustos, em outras, níveis menores de diferença são vistos como iniquidades em saúde. Por esse motivo, o autor afirma que “as iniquidades, por traduzirem a forma como grupos sociais as percebem e interpretam, são mais difíceis de serem objetivamente investigadas” (*Ibid.*, 2017, p. 2101), adicionando que a transformação das desigualdades em iniquidades requer a formulação de ações políticas voltadas à redução das desigualdades existentes. Um empecilho a isso é o crescente individualismo e a visão da responsabilidade individual, que desconsidera acontecimentos na sociedade como fenômenos sociais e coletivos.

O autor apresenta duas teorias para a explicação dos determinantes sociais da saúde, de base individual e estrutural. A teoria de base individual tem algumas vertentes, com foco: nas dimensões materiais da vida (principalmente a forma como a riqueza está distribuída na sociedade), nas dimensões culturais-comportamentais (como estilos de vida), ou nas dimensões psicossociais (a forma como indivíduos interpretam sua posição na hierarquia social e essa visão se relaciona a questões biológicas e efeitos patológicos). A teoria de base estrutural foca-se nos determinantes sociais como geradores das desigualdades em saúde e são moldados pela

superestrutura da sociedade, como a política e a organização produtiva. Assim, a definição política e a organização do Estado determinam as políticas que podem intensificar ou reduzir as desigualdades.

Além dos elementos internos aos países que impactam na configuração de desigualdades ou de iniquidades em saúde, o autor destaca dois fenômenos que têm implicações nas desigualdades em saúde: a urbanização e as migrações. O processo de urbanização levou ao surgimento de aglomerações populacionais que surtiram efeitos no âmbito da saúde tanto em termos de condições de vida e de moradia (saneamento básico e acesso à água), quanto em acesso a serviços de saúde. Em países pobres de alta desigualdade social e de distribuição desigual de bens e serviços, a urbanização resultou em formas de exclusão social. As migrações decorrem historicamente da busca por melhores oportunidades econômicas e sociais. As disparidades entre os países dadas pela expansão da economia global e as transformações geopolíticas torna-se um fator decisivo dos fluxos migratórios. Barreto destaca que, enquanto as desigualdades dentro dos países relacionam-se às relações de classe e estratificação social, as desigualdades entre os países revelam a questão do “prêmio da cidadania” como essencial, ou seja, o local de nascimento dos indivíduos tem forte peso na configuração das desigualdades entre os países, dados os diferentes processos históricos e de desenvolvimento das nações.

Segurança alimentar, expectativa de vida, doenças infecciosas e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são alguns dos aspectos que impactam nas condições de saúde dos indivíduos e apresentam altíssima disparidade nos índices entre países, sendo relacionados a uma série de fatores, como condições trabalhistas e de moradia, taxas de violência, produção alimentícia, além de evidentemente sistemas de saúde. Barreto destaca a carência na literatura sobre desigualdade em saúde de estudos focados entre países, visto que há uma predominância da análise de desigualdade em saúde entre grupos sociais de um mesmo país. Apresenta a proposta da Comissão de Determinantes Sociais em Saúde da necessidade de fortalecimento da governança global e da coordenação das agências intergovernamentais, além de ações como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), sobre desenvolvimento sustentável nos âmbitos social, econômico e ambiental e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), de erradicação da extrema pobreza. Destaca a proposta do grupo *The Lancet - University of Oslo Commission on Global Governance for Health*, que propõe considerar a saúde não mais apenas como uma questão técnica biomédica, mas pelo reconhecimento da necessidade de ações e justiça

multissetoriais e globais nos esforços para lidar com as desigualdades na saúde (OTTERSEN *et al.*, 2014 *apud ibid.*, 2017, p. 2106).

No entanto, Barreto aponta que os mecanismos de governança global, apesar de ter evidências favoráveis, ainda são insuficientes por não considerarem o processo histórico de constituição das nações e como ocorre o posicionamento de cada país nos circuitos produtivos globais. E, apesar do crescente interesse sobre as desigualdades em saúde na agenda acadêmica, ainda há limitações na consideração das desigualdades em saúde na formulação de políticas públicas que visam a melhoria da saúde das populações.

4.2.2.7. Políticas, programas, ações e práticas de equidade em saúde

O domínio temático que envolve estudos relacionados a políticas, programas, ações e práticas de equidade em saúde resultou o maior número no levantamento feito na revisão sistemática. Treze estudos foram selecionados, sendo nove de definição explícita e quatro de definição implícita.

Autor (Ano)	Título	Definição	Equidade é:
Brolan, C.E.; Forman, L.; Dagon, S.; Hammonds, R.; Waris, A.; Latif, L.; Ruano, A.L. (2017)	The right to health of non-nationals and displaced persons in the sustainable development goals era: challenges for equity in universal health care	Implícita	Deve-se proteger a saúde de não-nacionais vulneráveis (imigrantes vulneráveis, refugiados, pessoas deslocadas e outros grupos marginalizados) como forma de equidade em saúde e seguindo os princípios de direitos humanos.
Siqueira, S.A.V.; Hollanda, E.; Motta, J.I.J. (2017)	Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde	Explícita	Equidade em saúde é não-discriminação. É uma forma de superar a discriminação por raça/etnia, religião, gênero e sexualidade. Significa que todas as pessoas tenham oportunidades justas para atingir seu potencial de saúde completo.

Jarris, P.; Savage-Narva, Y.; Valdes Lupi, M. (2016)	Promoting health equity and optimal health for all	Explícita	A equidade em saúde é um conceito normativo, é a ausência da iniquidade, ou seja, a ausência de diferenças evitáveis e ou curáveis entre grupos populacionais definidos social, econômico, demográfico e geograficamente. A equidade em saúde é possivelmente um dos objetivos mais difíceis já tentado pela saúde pública.
Penman-Aguilar, A.; Talih, M.; HUang, D.; Moonesinghe, R.; Bouye, K.; Beckles, G. (2016)	Measurement of health disparities, health inequities, and social determinants of health to support the advancement of health equity	Explícita	A equidade em saúde é um conceito normativo, é a ausência da iniquidade, ou seja, a ausência de diferenças evitáveis e ou curáveis entre grupos populacionais definidos social, econômico, demográfico e geograficamente.
Richardson, L. D. (2015)	Integrating Health Equity into practice and policy	Explícita	A equidade em saúde consiste em eliminar as disparidades em saúde e permitir que todo indivíduo obtenha seu potencial máximo de saúde. A equidade em saúde corresponde à eliminação de diferenças persistentes em status de saúde e resultados de serviços de saúde em função de raça, etnia e status socioeconômico.
Hall, M.; Graffunder, C.; Metzler, M. (2015)	Policy approaches to advancing health equity	Explícita	Equidade em saúde é a comparação da saúde da população baseada em hierarquias de vantagem ou desvantagem sociais (como raça, etnia, renda, gênero). Aplicar a equidade em saúde corresponde ao desenvolvimento de políticas através de diversos setores com o objetivo de melhorar a saúde enquanto reduzir as iniquidades de saúde.
Taillepierre, J. C. D.; Liburd, L.; O'Connor, A.; Valentine, J.; Bouye, K.; McCree, D. H.; Chapel, T.; Hahn, R. (2015)	Toward achieving health equity: emerging evidence and program practice	Explícita	Equidade em saúde (no contexto da saúde pública nos Estados Unidos) consiste em ações para garantir acesso a recursos que promovam e protejam a saúde a todos os grupos populacionais dentro de uma mesma jurisdição. Políticas de equidade em saúde consistem de elementos de

			consideração de características sociodemográficas, entendimento da base de evidência para reduzir disparidades de saúde, aumento da colaboração multissetorial, uso de intervenções agregadas, engajamento da comunidade e planejamento e avaliação rigorosas.
Dean, H. D.; Roberts, G.W.; Bouye, K.E.; Green, Y.; McDonald, M. (2015)	Sustaining a focus on health equity at the centers for disease control and prevention through organizational structures and functions	Implícita	A promoção de equidade em saúde é feita pela implementação de ciência de saúde pública, programas, políticas e parcerias para promover a conscientização e prevenção das principais causas de doenças, lesões, deficiência e morte. A busca pela equidade em saúde consiste na redução das disparidades de saúde causadas por determinantes sociais de saúde.
Granja, G.; Zoboli, E.; Fraccoli, L. (2013)	O discurso dos gestores sobre equidade: um desafio para o SUS	Explícita	A equidade em saúde baseia-se no princípio de igualdade de oportunidades de acesso a serviços de saúde, de recursos despendidos para cada indivíduo de uma condição particular, de vida sadia ganha por unidade monetária utilizada, de possibilidade das pessoas atingirem seu potencial de vida saudável, ou no atendimento desigual a pessoas desiguais. Equidade em saúde para gestores do SUS correspondem a: tratar todos de forma igualitária; tratar os desiguais de forma desigual, priorizando os mais necessitados segundo a condição socioeconômica; ou, tratar os desiguais de forma desigual priorizando os grupos específicos, segundo critério de risco.
Whitehead, M. (2012)	Waving or drowning? A view of health equity from Europe	Implícita	Iniquidade em saúde refere-se às diferenças que são desnecessárias e evitáveis, mas, além disso, também são consideradas injustas. Equidade em saúde implica que idealmente todos devem ter oportunidades justas de se

			obter seu potencial máximo de saúde em, mais pragmaticamente, que ninguém deva estar em desvantagem de se alcançar esse potencial, se evitável. A equidade concerne à criação de oportunidades iguais para a saúde e à diminuição das diferenças em saúde ao menor nível possível.
Dahlgren, G.; Whitehead, M. (2007)	Policies and strategies to promote social equity in health	Implícita	Iniquidade em saúde refere-se às diferenças que são desnecessárias e evitáveis, mas, além disso, também são consideradas injustas. Equidade em saúde implica que idealmente todos devem ter oportunidades justas de se obter seu potencial máximo de saúde em, mais pragmaticamente, que ninguém deva estar em desvantagem de se alcançar esse potencial, se evitável.
Viana, A. L.; Fausto, M.C.R.; Lima, L.D. (2003)	Política de saúde e equidade	Explícita	Equidade em saúde remete à noção de que todos os indivíduos de uma sociedade devem ter justa oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde. Equidade refere-se à redução das diferenças que advém de fatores evitáveis e injustos, criando igual oportunidade.
Taylor, C. E. (1992)	Surveillance for equity in Primary Health Care: Policy implications from international experience	Explícita	Equidade em saúde é a distribuição de benefícios de acordo com a necessidade demonstrada, não baseada em privilégio política ou socioeconômico. Foca-se nas disparidades de status de saúde, não na igualdade de insumos ou acesso.

Quadro 12 – Domínio temático: Políticas, programas, ações e práticas de equidade em saúde

O papel de discussão elaborado por Dahlgren e Whitehead (2007) sobre políticas e estratégias para promoção de equidade social em saúde faz parte da estratégia de saúde da OMS para a Europa. Os autores fazem uma longa análise de como é preciso compreender os níveis de

política de equidade em saúde por meio do entendimento da configuração dos determinantes da saúde. Nesse ponto, os autores apresentam o diagrama dos determinantes da saúde (FIGURA 3). De acordo com Dahlgren e Whitehead, há três fatores de influência na saúde que devem ser considerados para a formulação de políticas públicas: fatores de ameaça, promoção e proteção à saúde. Políticas no primeiro nível correspondem a mudanças estruturais, as quais em geral, requerem ações políticas em níveis nacional e internacional. O segundo nível volta-se para a melhoria das condições de vida e trabalho por meio de estratégias de saúde públicas ou privadas. O terceiro nível corresponde ao fortalecimento do apoio social e comunitário aos indivíduos e famílias, de modo a fortalecer suas defesas a efeitos adversos externos. O nível quarto corresponde a influências de estilo de vida e atitudes pessoais, que se foca em áreas nas quais os indivíduos têm alguma liberdade de escolha.

No nível de políticas estruturais, estratégias econômicas e de saúde consistem na “economia da saúde” ou na “saúde econômica”. A primeira considera como o status de saúde da população afeta o crescimento econômico e o nível geral de gastos públicos. A segunda é essencial para propósitos de equidade, visto que trata da relação entre política distributiva e estratégias de crescimento econômico, como políticas relativas à distribuição de renda e a redução da pobreza, que são preocupações centrais das políticas de equidade. Políticas ambientais devem considerar o efeito de fenômenos ambientais naturais na saúde dos indivíduos e como eles diferem de região para região, como por exemplo, entre o espaço urbano e o rural. Essa consideração é importante para analisar hábitos de higiene e condições de moradia. Políticas de equidade que relacionam o fenômeno da guerra e a saúde devem considerar como ela afeta a saúde dos diferentes grupos populacionais, recaindo mais sobre a população pobre e como a guerra impacta nas condições de vida, por meio de destruição de prédios e casas, doenças e falta de alimento.

O segundo nível, que se foca nas condições de vida e trabalho deve considerar as condições física e psicossociais dos ambientes de trabalho, além da relação do trabalho com níveis educacionais. Os autores também ressaltam a importância de políticas de equidade atuarem na melhoria de condições de trabalho nos setores de serviço e cuidado, majoritariamente com um quadro de funcionárias mulheres. Paralelamente ao emprego, deve-se observar o desemprego e os impactos de longo prazo no estado de saúde dos indivíduos. O setor de alimentos e agricultura também deve ser analisado nesse nível. Por uma perspectiva de equidade, deve se focar na

produção de alimentos baratos e nutritivos por meio de subsídios e incentivos a produtores, se preciso.

O setor de habitação deve ser analisado sob a perspectiva dos moradores de rua, das más condições físicas das habitações e na relação entre a agregação social e a saúde. Deve-se também adotar os subsídios habitacionais para famílias de baixa renda como política de equidade. O setor da educação deve ser abordado por meio da igual oportunidade de educação. Os autores apontam como este setor tem potenciais efeitos positivos expressivos na saúde, mas é mal explorado. Como parte do segundo nível, políticas de equidade no setor da saúde devem garantir igualdade de acesso para atenção à saúde de qualidade como forma de reduzir iniquidades, além de buscar formas de combater a lei do cuidado inverso. Elementos a serem considerados nesse setor são: alcance de serviços, acesso econômico e formas alternativas de seguro de saúde, acesso econômico e mercados internos de atenção à saúde, acesso econômico e taxas de usuário diretas, acesso geográfico e critério para alocação de recurso e acesso cultural. Tais elementos (2012) podem ser associados à análise de Sanchez e Cinconelli acerca das dimensões do acesso.

O terceiro nível compreende aspectos políticos de suporte social e comunitário. Redes comunitárias fracas estão relacionadas à depressão, hipertensão, suicídio e doenças cardíacas. Opostamente relações de suporte têm um efeito protetivo na saúde mental das pessoas. Como os sistemas de suporte, em geral, são mais fracos dentre grupos de desvantagem, políticas de saúde devem facilitar e promover as possibilidades de estabelecer redes sociais positivas. Já o quarto nível consiste em aspectos de estilo de vida. Como já apresentado por outros autores, Dahlgren e Whitehead destacam o consumo de tabaco, álcool, alimentação sem nutrientes e falta de exercício físico como estilos de vida prejudiciais à saúde, que estão principalmente relacionados a grupos em desvantagem. Assim, sob uma perspectiva de equidade, deve-se reconhecer a relação entre o comportamento pessoal e os fatores socioeconômicos. Soma-se a todos esses níveis, a consideração de grupos de risco, que são caracterizados pelo acúmulo de perigo e riscos à saúde diariamente.

Como forma de elaborar estratégias de pesquisa, os autores afirmam que se deve começar selecionando um ponto de partida, que pode ser por uma doença específica ou um fator que bloqueia oportunidades de se alcançar a saúde, ou adotar uma estratégia que tome diversos fatores ao mesmo tempo em grupos específicos de alto risco. O passo seguinte consiste em usar

uma matriz de estratégia, que deve relacionar os fatores selecionados. Tais matrizes podem apontar para pontos negligenciados, bem como pontos de entrada de ação efetiva na redução das iniquidades. Em seguida, deve-se reconhecer os obstáculos, assegurar os recursos financeiros e buscar o desenvolvimento de estruturas organizacionais eficientes para implementar políticas de equidade. Por fim, os autores destacam que o desenvolvimento da saúde está relacionado à democracia e à vontade política. Assim, o trabalho de Dahlgren e Whitehead contribuem não apenas com a análise dos diferentes níveis e áreas nos quais a equidade pode ser aplicada, mas também por contribuir para o entendimento dos próprios determinantes da saúde. Como será apresentado adiante, o modelo dos autores apresentam tanto contribuições como falhas, que são preenchidas pelos quadros conceituais de Braveman (2010) e Starfield (2001).

O outro trabalho de Whitehead (2012) apresenta uma análise dos progressos e fracassos na busca pela equidade na Europa, diante do aumento das desigualdades socioeconômicas. Como causas a autora apresenta um fator técnico e dois de contexto políticos. Um fator é a desintegração da política pública que se inicia com um determinante da saúde nos níveis distais e se distancia da necessidade de tomar ações no nível social. Os motivos variam, de questões práticas (desconhecimento sobre os riscos de estilo de vida que requerem intervenção ou facilidade de tratar o nível mais distal) a políticas (pressão por resultados rápidos). Outro fator apontado pela autora são os interesses corporativos que fazem *lobby* pela desregulação dos mercados de trabalho, habitação, agricultura, transporte e outros. O terceiro motivo consiste na crise econômica global à época da publicação do texto (2012), na qual a Europa era central.

Como formas de tratamento desses fatores, a autora aponta duas abordagens: atuar no obstáculo na própria esfera de influência e produzir evidência para informar a política pública além das estratégias de saúde pública formais, atuando de forma indireta. A autora destaca que, como forma de garantir a sustentabilidade das políticas de equidade, é necessário monitorar e fazer visíveis os impactos da equidade em saúde nas macro-políticas, com base em pesquisas baseadas em evidência, de modo a propagá-las.

Taylor (1992) apresenta como a equidade na distribuição de saúde, além de moralmente correto, também contribui para uma atenção primária efetiva e eficiente e como métodos epidemiológicos de vigilância podem melhorar o cuidado à saúde para os pobres, por meio de indicadores de equidade. O autor entende a equidade em saúde como a distribuição de benefícios

de acordo com a necessidade demonstrada, não baseada em privilégio político ou socioeconômico. Assim, distancia-se da ideia de promoção de justiça, focando-se nas disparidades de status de saúde, não na igualdade de insumos ou acesso. Por vigilância, o autor compreende “o sistema de informação para identificar problemas emergentes prontamente, de modo a responder rapidamente com ação apropriada” (TAYLOR, 1992, p. 1043, tradução da autora).

O autor apresenta o processo de vigilância para equidade, com foco na atenção primária. Para o monitoramento sistemático de subgrupos, deve-se, primeiramente, registrar todas as famílias, para então determinar a unidade do sistema de saúde responsável, com base em um quadro gerencial no nível distrital. Para o cuidado de saúde primário ser sustentável, deve-se promover o diálogo entre trabalhadores da saúde e líderes comunitários, a fim de se estabelecer prioridades baseadas em informações e evidências. A coleta de dados para os indicadores de equidade deve focar no monitoramento de grupos de alto risco, de maiores problemas de saúde, sendo necessário oferecer vigilância para os mais pobres e menos educados. A vigilância, por sua vez, deve fornecer informações para ações imediatas para problemas prioritários; tais informações contribuem para as tomadas de decisão quanto aos recursos, atividades públicas e privadas e papéis dos profissionais de saúde e da comunidade.

Na pouca disponibilidade ou ausência de dados, o autor afirma que indicadores de distribuição de nascimento, mortes e crescimento infantil podem ser usados para medir a equidade, ressaltando a importância da linguagem simples e credibilidade a fim de incentivar o envolvimento da comunidade. Para que os dados cubram todos os subgrupos, são necessárias visitas anuais às residências e com maior frequência nas áreas pobres. Em regiões de desenvolvimento de saúde avançado, os princípios devem ser os mesmos, mas admitem-se outros métodos e indicadores. O autor destaca a importância da troca de informações entre gestores, profissionais da saúde e a comunidade, para que prioridades sejam ajustadas e intervenções adaptadas de modo colaborativo. Ao passo que a autonomia do sistema de saúde é incentivada, Taylor afirma que ainda é necessário ter um controle suficiente para garantir a qualidade e a equidade.

Diante do processo de vigilância apresentado, o autor destaca algumas questões práticas na sua implementação. Para atingir os subgrupos de maior risco, são necessárias intervenções

simples e de baixo custo. Três tipos de intervenção se destacam: intervenção de ampla cobertura como imunização em massa e medidas de controle ambiental, treinamento dos profissionais comunitários da saúde em vigilância familiar para a identificação precoce e tratamento das principais causas de morte, e mudanças em comportamentos individuais e comunitários para tratar fatores que podem causar problemas de saúde (higiene, estilo de vida, atividade sexual, nutrição). Na dificuldade prática de combinar equidade e eficiência, apresentada por gestores, Taylor argumenta que, se adotadas medidas de resultado e impacto (não indicadores de cobertura e serviços), equidade e eficiência tendem a ser complementares.

Em casos de nascimentos dentre famílias pobres e mães com baixa escolaridade, nos quais observa-se uma alta taxa de mortalidade infantil, a vigilância de equidade contribui por meio de intervenções de serviços de planejamento familiar e saúde, aumentando as chances de sobrevivências de crianças nesses segmentos. Outra situação apresentado pelo autor é a combinação de equidade e participação da comunidade, que requer algumas formas de intrusão no processo decisório da comunidade, como informação para pressionar os líderes pela comunidade, exigência de líderes locais cumprirem normas governamentais e controle para a garantia da alocação de recursos adequadamente. A vigilância para equidade também contribui para a neutralização da disputa entre uma atenção primária compreensiva e um seletiva, por meio das informações e dados acumulados que auxiliam na definição de prioridades e focos de atividades. A implementação da vigilância para equidade requer que os indicadores sejam simples e mensuráveis. Como a obtenção de dados no nível local é dificultada, a pesquisa de campo longitudinal na comunidade é uma alternativa eficiente para a coleta de dados.

Ao apresentar o processo e as práticas de implementação do mecanismo de vigilância para equidade, Taylor aponta como é possível promover vigilância baseada na comunidade para equidade, focando-se em intervenções de baixo custo nas necessidades prioritárias, exemplificando com casos de sucesso. Além disso, a vigilância contribui para a mobilização da vontade política e a participação social. O autor defende que “o imperativo ético da equidade pode fortalecer serviços quando vinculado à ferramenta de gerenciamento prático da vigilância” (*Ibid.*, 1992, p. 1050, tradução da autora).

Granja *et al.* (2013) fazem uma pesquisa qualitativa para identificar os sentidos dados à equidade em saúde no discurso dos gestores do SUS, realizada por meio de entrevistas com

gestores em municípios do Estado de São Paulo. Em razão dos diferentes entendimentos acerca do significado de equidade em saúde e de suas implicações, os autores destacam a importância da identificação das concepções dos gestores do SUS enquanto atores no processo de tomada de decisão de políticas de equidade. Além do desafio apresentado pelos princípios de universalidade no acesso, igualdade no atendimento e integralidade na atenção do SUS, os gestores públicos enfrentam também o desafio da equidade, principalmente nas dificuldades de financiamento.

Os autores afirmam que a equidade em saúde tem suas bases

no princípio de igualdade de oportunidades de acesso a serviços de saúde, de recursos despendidos para cada indivíduo de uma condição particular, de vida sadia ganha por unidade monetária utilizada, de possibilidade das pessoas atingirem seu potencial de vida saudável, ou atendimento desigual a pessoas desiguais; interpretações baseadas no princípio da diferença, tratamento igual para os iguais e desigual para os desiguais. (GRANJA; ZOBOLI; FRACOLLI, (2013, p. 3760).

Diante dessa conceituação, os autores apresentam o conflito acerca das políticas de focalização, entendidas tanto negativamente como uma restrição de direitos, quanto positivamente como forma de equalização social e diminuição das desigualdades sociais e da pobreza extrema, por meio da priorização do acesso aos mais vulneráveis. Outra dificuldade apresentada pelos autores é o corte de gastos públicos justificado pelo ajuste econômico, o que impacta na população sem condições de pagar por saúde suplementar. Essa realidade de corte de custos coloca para os gestores um desafio na combinação de eficiência e equidade tanto no nível macro quanto micro, ou seja, na decisão acerca da alocação de recursos e na opção clínica relativa à solicitação de procedimentos diagnósticos ou de tratamento para os indivíduos. O conceito dado à equidade pelo gestor pode, portanto, afetar o sistema de saúde latitudinalmente.

Como resposta à pergunta “o que é equidade?”, os autores identificaram duas categorias centrais no discurso dos gestores: tratar todos de forma igualitária e tratar os desiguais de forma desigual. Esta segunda categoria subdivide-se em: (i) priorizando os mais necessitados segundo a condição socioeconômica e (ii) priorizando os grupos específicos, segundo critério de risco. O discurso dos respondentes da primeira categoria é marcado pelo argumento da universalidade do

acesso. De acordo com os autores, isso se relaciona à noção de igualdade de todos os cidadãos em dignidade, como pensamento constituidor de identidade e a equivalência de equidade à igualdade nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde. Já a segunda categoria reconhece que os indivíduos não são iguais, logo, como forma de justiça, não podem ser tratados igualmente.

Discursos da subcategoria da priorização pelas condições socioeconômicas destacaram a falta de recurso como um condicionante da priorização “esse é o papel do gestor [...] priorizar uma ação, construir políticas públicas focalizadas porque não existe recurso para tudo, mas quem tem mais necessidade” (*Ibid.*, 2013, p. 3762). A priorização também é vista como necessária pois aqueles que estão em desvantagem socioeconômica dependem do SUS. Essa visão destaca a priorização como forma de tentar romper a perpetuação da desigualdade. Já a subcategoria de priorização segundo critérios de risco contempla discursos nos quais os gestores destacam as necessidades como fundamentais na priorização, no sentido de “ver qual é a necessidade maior” (*Ibid.*, 2013, p. 3762): mulheres têm mais vulnerabilidade que homens, em especial, mulheres negras, que vivem em situação de desigualdade (*Ibid.*, 2013, p. 3762). Assim, deve-se planejar ações considerando as prioridades, como saúde materno-infantil, gravidez na adolescência e idoso, cuja alocação de recursos deve ser baseada em critérios objetivos de risco de adoecimento e a definição de grupos específicos pela objetividade média da eficácia clínica.

Graja *et al.* também apontam que o pensamento dos planejadores do setor da saúde é marcado pelo utilitarismo, no sentido de que o justo é a alocação de recursos de forma que proporcione o maior benefício para o maior número de pessoas possíveis. Assim, para a justa distribuição equitativa, é justificável sacrificar interesses de menor prevalência, o que pode resultar práticas injustas ou discriminatórias. Diante disso, os autores destacam a epidemiologia como forma de operacionalizar a equidade, cujos critérios se focam nas necessidades de saúde conforme indicadores de morbimortalidade populacional. Os autores observam que, na agenda da saúde pública, “o princípio da equidade encontra-se condicionado aos objetivos de eficiência, submetido aos ‘limite de caixa’ e de custo-efetividade que, por sua vez, não inclui a análise dos objetivos de determinada política e excluem explicitamente, a valoração dos fins que a justificam” (*Ibid.*, 2013, p. 3763). Isso levanta uma preocupação no sentido dos recursos na saúde serem limitados a questões monetárias e à identificação de prioridades, ao passo que a distribuição equitativa dos recursos é pautada pelo racionamento e não pela determinação de prioridades nem pela busca por inclusão universal, o que configura uma forma de exclusão

seletiva. Os autores defendem, portanto, que a relação entre o Estado e a sociedade deve ser reconfigurado para que a autonomia dos sujeitos sociais seja estimulada a fim de que possam fazer escolhas próprias, pois, caso contrário, os sujeitos continuarão reduzidos à condição de consumidores dos serviços providos pelo Estado.

Taillepierre et al. (2015) apresentam como programas de saúde nos Estados Unidos buscam ou alcançam a equidade em saúde com base em um desenho de programa específico para a equidade em saúde. De acordo com os autores, “a equidade em saúde, no contexto da saúde pública nos Estados Unidos, pode ser caracterizada como ação para garantir que todos os grupos populacionais que vivem dentro de uma jurisdição específica tenham acesso a recursos que promovam ou protejam a saúde” (TAILLEPIERRE *et al.*, 2015, p. 43). Os autores entendem políticas públicas de saúde como um conjunto de estratégias, atividades e intervenções complementares que visem a promoção de um ou mais objetivos de saúde. Recursos que corroboram a noção de equidade em saúde devem ser consideradas na formulação de políticas públicas. Tais recursos consistem em: oportunidades de emprego e educação, acesso a transporte e moradia segura, disponibilidade de alimento saudável e de qualidade, de facilidades de lazer, de serviços de saúde, limitação à exposição ambiental prejudicial, redes sociais fortes e coesão social e normas e valores culturais que promovam um estilo de vida saudável. Apesar de muitos desses aspectos estarem fora da competência das práticas de saúde pública, Taillepierre *et al.* argumentam que ações coordenadas podem facilitar o acesso a tais recursos por grupos populacionais de maior risco à saúde adversa.

Além desses recursos, os autores apontam como o desenho das políticas de equidade em saúde afetam o alcance desse objetivo. Assim, políticas que buscam a equidade devem ter desenhos que consistem em elementos de consideração de características sociodemográficas, entendimento da base de evidência para reduzir disparidades de saúde, aumento da colaboração multissetorial, uso de intervenções agregadas, engajamento da comunidade e planejamento e avaliação rigorosas. Características sociodemográficas, como gênero, raça/etnia, idade e língua, e a intersecção entre esses fatores e as disparidades sociais são importantes considerações a serem feitas no desenho da política. Além disso, os autores argumentam que é preciso combinar tanto intervenções universais quanto focalizadas, intervenções multinível e estratégias ecológicas na busca pela equidade.

Isso aponta para a necessidade de entender a base de evidência para reduzir as disparidades em saúde, outro elemento do desenho da política. De acordo com os autores, a literatura mostra que intervenções de impacto nos fenômenos distais da saúde podem não ser eficientes para a avaliação dos resultados de saúde diretos. Assim, os programas de saúde pública devem realizar avaliações paralelas e validar conexões entre os resultados das intervenções em fenômenos distais da saúde e os resultados de saúde. Tem-se dado foco na saúde como âmbito de intervenção em razão de seu potencial de fornecer capacidades à coorte de crianças e jovens para terem vidas produtivas e saudáveis. Há evidências de melhorias tanto nos resultados de saúde quanto nos sociais e relacionados à saúde associadas à saúde de longo prazo. Esses resultados decorrem de intervenções educacionais, como programas de completude do ensino médio, programas educacionais baseados fora da escola e programas de pré-escola integral.

Outros elementos do desenho de políticas de saúde estão relacionados a esforços combinados, como a colaboração multissetorial, as intervenções agregadas e ao engajamento das comunidades. Tendo em vista o objetivo de se atingir um ou mais determinantes da saúde de maneira positiva, os autores afirmam que a colaboração entre diversos setores dentro da comunidade é essencial na elaboração de estratégias, principalmente para o monitoramento de indicadores de determinantes sociais da saúde com dados fora da esfera da saúde. Isso deve ser combinado ao engajamento e participação da comunidade nos diversos níveis e a intervenções agregadas, como, por exemplo, intervenções universais e focalizadas. As intervenções agregadas devem também ser avaliadas por meio da análise dos dados coletados e adaptadas na busca por combinações efetivas de intervenções. Assim, tanto avaliação quanto planejamento são elementos também importantes e que devem ser garantidos no desenho das políticas. Isso requer definir o problema de saúde pública, as mudanças necessárias para tratar tal problema e identificar atividades para a obtenção de resultados. Em termos de equidade, a definição do problema inclui o questionamento de quais disparidades de saúde devem ser tratadas, quais são mais iníquas e quais são suas causas. Responder a tais perguntas e considerar os elementos de desenho de políticas públicas apresentados devem ser preocupações na elaboração de programas de equidade em saúde.

Dean *et al.* (2016) fazem uma análise das estruturas organizacionais dos Centros para Controle e Prevenção de Doença (CDC - Centers for Disease Control and Prevention) nos Estados Unidos quanto à promoção de equidade em saúde. Os autores argumentam que tais

estruturas são multidimensionais e complexas e que devem consistir de elementos como pesquisa, formulação de política, parcerias, avaliação, conhecimento cultural e desenvolvimento da força de trabalho. No entanto, a literatura sobre as estruturas e funções necessárias para se atingir a equidade em saúde ainda é incipiente e foca-se principalmente nos determinantes sociais da saúde. Além dos CDCs, os autores apresentam considerações para a expansão e sustentação de tais estruturas na busca pela equidade como forma de consolidar estruturas de impacto no alcance da equidade em saúde.

Os CDC têm agências de promoção de equidade em saúde estruturados com foco em grupos populacionais, como saúde de minorias e saúde da mulher, que surgiram no contexto de desenvolvimentos sociais. Tais agências englobam pesquisa médica, comunidade acadêmica, ativistas, organizações, sociedade civil e lideranças congressionais para pensar na saúde da mulher como uma prioridade. Para tal, é necessário refletir sobre o conceito de saúde da mulher, que deve ser definido para além de questões reprodutivas, mas considerar também doenças e condições únicas às mulheres, de maior prevalência em mulheres comparativamente a homens, e que tenham fatores de risco ou intervenção para mulheres de diferentes de homens. Agências especializadas na saúde de minorias buscam a redução das disparidades de saúde e o alcance da equidade em saúde por meio de ações focadas nos determinantes sociais da saúde, nas pesquisas de disparidades de saúde de análise de raça, etnia, sexo, gênero e outros domínios de equidade, e no apoio a programas que garantam uma saúde pública diversa e força de trabalho no cuidado de saúde capacitado para reduzir as disparidades de saúde.

Outras formas de organização estrutural dos CDC consistem em estruturas centralizadas e estruturas de organização difusa. Ao passo que estruturas centralizadas tem um papel de liderança por meio da indicação de um gestor sênior, as estruturas de organização difusa funcionam de maneira descentralizada, por meio de atividades relacionadas à equidade em saúde, saúde das minorias e saúde da mulher realizadas por um grupo com diferentes papéis e títulos. Um exemplo de estrutura centralizada é o Centro para HIV/AIDS, hepatite viral, doenças sexualmente transmitidas (DSTs) e prevenção de tuberculose, de caráter preventivo e curativo. e com agências e coordenadores específicas para cada divisão do centro por tipo de doença. Taç centro se foca em populações de risco similares e concomitantes, como minorias racial e étnica, homossexuais e usuários de drogas injetáveis. Essas doenças também compartilham determinantes sociais semelhantes ao de outras doenças infecciosas, que incluem acesso precário ao cuidado de saúde,

estigma, discriminação, pobreza, encarceramento e privação de habitação. Além disso, o centro conta com um grupo de trabalho atuante em todas suas divisões que promovem a colaboração, sinergia e compartilhamento de das melhores práticas no tratamento de disparidades de saúde e promoção da equidade em saúde.

Um exemplo de estrutura descentralizada é o Centro para prevenção de doenças crônicas e promoção de saúde, cujo objetivo é desenvolver expertise, informação e ferramentas de suporte a pessoas e comunidades na prevenção de doenças crônicas e no tratamento de disparidades em taxas de doenças crônicas, como diabetes, câncer, doenças cardiovasculares e condições que afetam a saúde como obesidade, gravidez na adolescência e fumo. Por meio de programas, pesquisa, recursos e liderança, esse centro busca avançar a equidade em saúde por meio da eliminação de disparidades raciais e étnicas nas doenças crônicas. Os autores argumentam que ambos os modelos têm estruturas e funções de planejamento de estratégia e medidas de accountability. Apontam, no entanto, que as estruturas descentralizadas carecem de identificação e reconhecimento de lideranças que guiam as implementações de estratégias para reduzir as disparidades de saúde, adicionando que há poucas estruturas compreensivas com liderança e engajamento de equidade em saúde presentes em todos os níveis organizacionais, ou seja, nos níveis centrais, nas divisões e nos subsetores.

Diante desses modelos de estrutura organizacional dos CDCs, os autores apresentam elementos que podem ser desafios para as instituições de saúde na busca pela equidade em saúde. Destacam que é necessário haver liderança forte, visível e comprometida, que tenha a equidade em saúde como aspecto fundamental no trabalho em saúde pública, não como um fator complementar para a tomada de decisões quanto a estratégias de equidade em saúde e a garantia de que recursos e políticas sejam direcionados ao propósito de busca pela equidade em saúde. O desenvolvimento de uma força de trabalho diversa também é essencial na composição de estruturas que objetivem a equidade em saúde. A diversidade deve ser em termos de raça, etnia, origem nacional, orientação sexual e deficiência, além de refletir experiências e expertise multidisciplinar em questões de saúde pública como vigilância, avaliação de políticas públicas, epidemiologia, ciências sociais e comportamentais, comunicação e desenvolvimento de políticas.

Os autores concluem que, para garantir a sustentabilidade e a continuidade das estruturas organizacionais que focam em equidade em saúde, é preciso desenvolver e manter uma força de

trabalho competente em termos culturais e linguísticos, desenvolver um sistema informacional e de dados eficiente com indicadores e medidas que atendam ao propósito das políticas de equidade em saúde, assegurar a accountability e lideranças comprometidas com a implementação de programas de tratamento das disparidades de saúde e com o monitoramento de estruturas accountability para a documentação de progressos.

Hall *et al.* fazem uma análise das áreas de abordagem das políticas públicas de redução de disparidades de saúde e promoção de saúde. Os autores afirmam que a eliminação de iniquidades de saúde será beneficiada a partir do foco deliberado em equidade em saúde pelas agências públicas de saúde na combinação de esforços com outros setores que impactem os resultados de saúde. A implementação de políticas, juntamente com a avaliação e a garantia são funções centrais da saúde pública. Os autores também mencionam os CDCs nos Estados Unidos, na afirmação do que consistem políticas públicas: “uma lei, regulação, procedimento, ação administrativa, incentivo ou prática voluntária de governos e outras instituições” (HALL *et al.*, 2016, p. 50), acrescentando que a saúde pode ser influenciada por políticas públicas de diversos setores.

Na avaliação de políticas públicas de saúde, os autores destacam que intervenções descendentes, ou seja, que se focam na mudança no nível individual têm mais chances de aumentar a desigualdade em saúde do que as ascendentes, cujo foco é na mudança social ou na mudança da política pública. Os autores apontam algumas políticas públicas de equidade em saúde nos diversos níveis nos Estados Unidos: no nível federal, os objetivos de saúde da estratégia “Healthy People 2020” (programa público com objetivos de promoção de saúde e prevenção de doenças) inseriu os determinantes sociais da saúde como uma preocupação na saúde pública por meio da definição de cinco domínios de foco: estabilidade econômica, educação, saúde e atenção à saúde, bairro e ambiente construído, e contexto comunitário e social. No nível estadual e local, a equidade em saúde foi integrada no trabalho dos departamentos governamentais de saúde pública, por meio do foco nas populações com maior risco de saúde, da inclusão dessas populações em avaliações de saúde comunitárias e estatais e da consideração de tratar os determinantes sociais de saúde nos processos de melhoria da saúde das comunidades.

Os autores afirmam que as políticas públicas são integrantes dos esforços de saúde pública para atingir a equidade em saúde, assim como tratar disparidades de fatores de risco

específicos. Adicionam que é necessário haver uma abordagem mais ampla de políticas públicas que inclua as condições sociais no tratamento das iniquidades de saúde, sem desconsiderar a necessidade das políticas mais específicas de doenças e fatores de risco. Hall et al. argumentam que as intervenções que têm o maior impacto se focadas em fatores socioeconômicos, o que afeta outros tipos de intervenções. No tratamento dos determinantes sociais da saúde, os autores destacam a abordagem de “mudança de política pública, de sistemas e de ambiente”, que amplia o foco para além dos comportamentos de saúde e dos serviços clínicos. Apesar de imperativos éticos e práticos estarem em debate na saúde pública dos Estados Unidos, tanto no setor público, quanto privado, na busca pela equidade em saúde, os autores apontam para a necessidade do entendimento dos processos que levam à sistematização das diferenças que influenciam a saúde. Por esse motivo, destacam a importância de haver diretrizes e guias como de quadros de determinantes da saúde para serem aplicados nas políticas de equidade em saúde.

Assim, Hal *et al.* apresentam o quadro da Comissão dos Determinantes de Saúde da ONU, o qual fornece especificidades quanto aos mecanismos e caminhos pelos quais as políticas públicas estruturais e os processos contribuem para diferenças de exposição e vulnerabilidade, gerando diferenças de resultado em saúde. O quadro da Comissão consiste de cinco domínios: (i) contexto político e socioeconômico (como um dos determinantes estruturais), ou seja, as políticas e processos estruturais, culturais e funcionais que organizam a sociedade (estruturas de governança, políticas macroeconômica, social, cultura e valores, e condições epidemiológicas); (ii) posição socioeconômica (como o outro determinante estrutural), que consiste na interação de políticas estruturais e processos que conformam posições socioeconômicas baseadas em características sociais por meio de acesso (ou não) a recursos como educação, ocupação, renda e classe social; (iii) determinantes intermediários, que consistem em condições de vida e trabalho, incluindo também características psicossociais, comportamentais, biológicas e o sistema de saúde; (iv) capital e coesão sociais (que são determinantes transversais), que consiste na agência humana e no papel dos indivíduos na formação das políticas e processos que determinam a organização das sociedades; e, (v) equidade em saúde, entendida como a comparação da saúde da população baseada em hierarquias de vantagem ou desvantagem sociais (como raça, etnia, renda, gênero).

O quadro da Comissão contribui para a compreensão da diferença de impacto de políticas e processos estruturais, que influenciam a posição socioeconômica baseada em categorias sociais,

afetando as condições de vida e trabalho. Hall et al. apontam para a necessidade de tratar tanto o nível intermediário dos determinantes sociais da saúde, nos quais os indivíduos já se encontram em desvantagem, quanto os níveis estruturantes, que configuram os níveis intermediários. Acrescentam também a importância de se coletar evidências empíricas no tocante aos determinantes da saúde abordados e o resultado gerado pelas políticas de equidade e do trabalho intersetorial em razão da ocorrência de grande parte dos determinantes da saúde fora do campo da saúde.

Richardson (2015) complementa os apontamentos de Hall et al. com recomendações acerca de práticas e políticas de equidade nos Estados Unidos, que consistem em: (i) desenvolver um quadro de ação para atingir a equidade em saúde; (ii) identificar e monitorar os indicadores de equidade em saúde; (iii) alinhamento de intervenções universais que promovam a saúde pública em conjunto com intervenções focalizadas e culturalmente adaptadas em comunidades de alto risco; (iv) incentivar a avaliação rigorosa de todos os programas e intervenções; (v) construir capacidade comunitária para implementar e sustentar programas; e, (vi) incentivar o desenvolvimento profissional e o treinamento da força de trabalho.

Tais recomendações podem servir de modelo para a formulação de políticas de equidade em saúde. No entanto, a autora ressalta que a redução das iniquidades de saúde requer um engajamento do escopo inteiro de serviços de saúde básicos, clínicos e das pesquisas epidemiológica e comportamental, de modo a compreender as causas das disparidades, possibilitando o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidências. A coleta de dados relativos às características sociais e demográficas feitas pelas pesquisas é de extrema importância para o alcance da equidade. Richardson destaca a necessidade de dados de saúde públicos relativos a categorias como raça, etnia, língua, identidade de gênero, orientação sexual, status socioeconômico, de deficiência e de imigração, além de informações sobre características de residência, psicossociais e ambientais. Além dos dados diretamente relativos à saúde, os demais dados são relevantes para entender “a causa das causas” das disparidades.

A autora enfatiza as avaliações programáticas como outra estratégia além da coleta de dados que deve receber foco nessas recomendações. As estratégias focalizadas efetivas devem ser avaliadas para determinar seu impacto quanto à equidade em saúde e disseminadas. Isso se relaciona também ao desenvolvimento da força de trabalho, que deve ser capacitada a

implementar, avaliar e sustentar os programas e políticas. A definição de um modelo de diretrizes e a implementação das recomendações desse modelo, conforme o apresentado pela autora, possibilitam o aceleração do progresso na busca pela equidade em saúde. Tanto a coleta de dados quanto a avaliação programática com o foco na equidade são importantes ferramentas para realizar essas recomendações e desenvolver práticas de equidade em saúde que possam ser disseminadas.

Além da coleta de dados, Pennman-Aguillar *et al.* (2016) adicionam que tais dados devem ser de alta qualidade para que possam indicar a real da situação da equidade e fornecer ferramentas que auxiliem uma interpretação precisa dos dados. Assim como Richardson, os autores propõem algumas recomendações de práticas de equidade em saúde. No entanto, o fazem para práticas de mensuração das iniquidades e disparidades de saúde e dos determinantes sociais da saúde em nível nacional. Nessas recomendações, os autores fazem alguns destaques: (i) diferenças em saúde e seus determinantes que estão associados à sua posição social são importantes de serem tratados; (ii) determinantes de saúde social e estrutural devem ser tratados e múltiplos níveis de medidas devem ser consideradas; (iii) a lógica para as escolhas metodológicas feitas e pelas medidas escolhidas devem ser explicitadas; (iv) grupos a serem comparados devem ser classificados simultaneamente por status sociais múltiplos; e (v) as partes interessadas e suas necessidades de comunicação podem ser consideradas na seleção de métodos analíticos.

Os autores ressaltam a importância de pesquisas de mensuração das iniquidades de saúde, pois partem do pressuposto de que o que não é mensurado, não pode ser curado. Logo, a obtenção de dados precisos e úteis é fundamental. Além disso, após análise apropriada dos dados, é necessário apresentá-la de forma que seja relevante e compreensível para o público que aplicará os dados em práticas de equidade. Apesar dessas recomendações, os autores reconhecem os desafios da mensuração da equidade em saúde, dados pela impossibilidade de medir um conceito normativo e as múltiplas possibilidades de abordagem na sua operacionalização em um mesmo contexto. Assim, adversamente, o autor apresenta a operacionalização da equidade por meio da iniquidade, conforme a literatura também a define.

O passo inicial para a mensuração da equidade em saúde consiste no entendimento de seu significado. Segundo os autores, a mensuração é uma prática em equidade necessária para monitorar o progresso dos efeitos da política. Para tal, é necessário determinar os indicadores de

forma clara, visto que sua escolha pode influenciar os achados da pesquisa e a formulação da pesquisa. Na definição de indicadores, é necessário considerar diversos recortes. Os atributos sociais de gênero, deficiência, status de pobreza, não são suficientes para a obtenção de equidade em saúde. São necessários dados analíticos acerca das condições estruturais em que se inserem as iniquidades de saúde. Para tal, é preciso haver um sistema de dados em nível nacional, o que, de acordo com os autores, ainda é limitado. Os autores apontam que ainda há muito para aprender e implementar, mas a pesquisa sobre equidade em saúde já apresentou grandes avanços desde a teoria de Whitehead.

Jarris *et al.* (2016) também apontam para as elementos necessários para o desenvolvimento de políticas de equidade em saúde. A fim de tratar as causas das iniquidades, é preciso haver parcerias, desenvolvimento de políticas públicas compreensivas, programação inovadora, investimentos multissetoriais e transformação na forma como profissionais da saúde pública pensam, falam e tratam as disparidades de saúde. De acordo com os autores, a equidade em saúde é possivelmente o mais difícil objetivo já tentando pela saúde pública, no entanto, ele pode ser alcançado. Para tal, o entendimento das raízes das iniquidades são essenciais. O racismo institucional e o privilégio baseado em raça, por exemplo, têm impactos duradouros na equidade em saúde, gerando disparidades que começam antes do nascimento e perpetuam-se por gerações.

Além disso, os privilégios, que os grupos sociais detêm como benefícios não merecidos, têm importante papel na iniquidade de saúde bem como na perpetuação do racismo institucional, que constitui de uma ação discriminatória indireta, mas que tem um efeito discriminatório intencional ou não. Na área da saúde, isso é refletido nas barreiras de acesso a serviços de saúde, políticas e práticas discriminatórias, como descontinuidade do cuidado e ausência de atenção à saúde com competências culturais e de língua. Assim, os autores apresentam algumas formas de alcançar a equidade, como a promoção de entendimento por parte da sociedade e da vontade de se alcançar a equidade em saúde, o incentivo e o engajamento de parceiros públicos e privados em soluções de equidade em saúde, a potencialização de fundo existentes e novos na área, e o fortalecimento de efetividade organizacional na busca pela equidade em saúde. Jarris *et al.* afirmam que, para propósitos de equidade, são necessárias políticas e estruturas de redução da desigualdade estrutura de renda, habitação e transporte, além de mudanças no setor da saúde e da elaboração de um quadro operacional sobre equidade em saúde que reflita justiça social e ambiental.

Brolan *et al.* (2017) também fazem recomendações de políticas de equidade em saúde, mas com foco em não-nacionais em sistemas de saúde universal, em relação aos ODMs, os quais têm grupos étnicos marginalizados e minorias linguísticas como um dos grupos minoritários. Os autores sugerem quatro formas de proteger a saúde de não-nacionais vulneráveis: (i) identificar imigrantes vulneráveis, refugiados, pessoas deslocadas e outros grupos marginalizados; (ii) as estatísticas das diferentes agências devem ser envolvidas na formulação de indicadores dos ODMs em níveis global e local; (iii) comunidades, sociedade civil e defensores da justiça da saúde devem se engajar na formulação de indicadores nacionais; e (iv) a inclusão de não-nativos deve ser ancorada nos direitos à saúde e nos direitos humanos.

Viana *et al.* (2003) fazem uma análise da introdução da equidade na saúde pública no Brasil, quanto à alocação de recursos, oferta e utilização de serviços em municípios brasileiros. Para tal, adotam o conceito de Whitehead na definição da equidade. O estudo aponta a impossibilidade de comparar municípios de status diferentes na análise da equidade, ou seja, eles devem ter o mesmo tipo de inserção na política de saúde. Status diferentes, decorridos das diferentes modalidades de habilitação de cada município apresentam diversidade que surge dessa diferença inicial, o que se explicita no exame da distribuição e utilização dos recursos por instâncias municipais. As autoras afirmam que é preciso primeiro haver uma alocação de recursos equitativa para serem observados efeitos de equidade no acesso.

À época do estudo, as autoras apontam que a redução de iniquidades relativas à alocação de recursos financeiros, oferta e utilização de serviços ainda necessitava de políticas específicas, que foquem em investimentos que relacionam a oferta às necessidades de saúde, às diferentes condições de adoecimento e paralelamente gerem melhorias de acesso e utilização. Apesar dos esforços, as autoras afirmam que as políticas desenvolvidas na época não eram suficientes para lidar com questões complexas como perfil epidemiológico, condições sociais e de trabalho, questão de raça e de gênero. Enfatizam assim que o SUS precisa ainda avançar na redução de iniquidades de saúde a fim de reduzir as desigualdades sociais.

A análise de Viana *et al.* (2003), em comparação à de Siqueira *et al.* (2017), 14 anos depois aponta para um avanço do SUS na formulação e elaboração de políticas de equidade em saúde. Os autores analisam as Políticas de Promoção de Equidade em Saúde implementadas pelo Ministério da Saúde para grupos vulneráveis dadas as esvantagens em razão de raça, etnia, gênero e modo de vida. Identificam três formas de estrutura nessa política: gestão participativa,

transversalidade e sensibilização/qualificação profissional. A gestão participativa como um dos elementos organizativos do SUS é importante para a política de equidade pela sua capacidade de contribuir com o desenvolvimento e a melhoria de práticas de equidade. A transversalidade consiste na atuação entre departamentos e na criação de espaços horizontais de diálogo e tomada de decisão, sendo necessária a articulação de ações desenvolvidas em diferentes órgãos setoriais. Já a sensibilização e qualificação dos profissionais consistem em desenvolver novas maneiras de atendimento a grupos vulneráveis, o que, de acordo com os autores, é uma tarefa de difícil realização no plano institucional, visto que é necessário definir questões como tolerância à diversidade, reconhecimento e respeito.

Na análise das Políticas de Promoção de Equidade em Saúde do governo federal, os autores afirmam que o processo de implementação por meio dessas três formas de estrutura moldou a política de equidade. Elas auxiliam no acompanhamento de mecanismos de participação social e promovem um espaço de articulação e visibilidade para demandas históricas de grupos vulneráveis, que atuam na própria implementação da política. É nesse sentido que a implementação cria a política pública. No entanto, os autores apontam algumas limitações como a incapacidade de garantir uma universalização de comitês técnicos, um dos mecanismos de participação social, visto que processos de implementação levam tempo e demoram para chegarem em um nível de maturidade. Além disso, tais processos envolvem muitos autores e disputas políticas, que afetam o desenvolvimento da política.

4.2.2.7. A equidade em saúde na agenda de pesquisa e na produção científica

Foram identificados nove estudos relacionados à agenda de pesquisa e à produção científica sobre equidade em saúde, dos quais seis estudos são de definição explícita e três estudos de definição implícita. Os estudos que compõem este domínio temático têm duas abordagens: revisar a literatura sobre equidade em saúde de modo a compreender como ela é definida na produção científica (MACINKO; STARFIELD, 2002; LANE *et al.*, 2016; ALBRECHT *et al.*, 2017) e analisar o percurso do tema da equidade em saúde na agenda de pesquisa, apontando mudanças, progressos e lacunas que consistem em temáticas que devem receber foco na pesquisa futura sobre equidade em saúde (STARFIELD, 2001; 2006; KUMANYIKA, 2015; GOLDBERG, 2015; FRIEDMAN; GOSTIN, 2017; RUANO *et al.*, 2017).

Vale ressaltar que o estudo de Lane *et al.* (2016), apesar de tratar do processo de tomada de decisão na alocação de recursos, foi inserido neste bloco em razão da estrutura do trabalho: os autores fazem uma revisão sistemática para identificar elementos de definição da equidade em cuidado de saúde para que formuladores de política pública e políticos possam formar uma definição operacional do termo. Assim, percorrem a literatura sobre equidade em saúde e cuidado em saúde para dar bases teóricas que possibilitem a operacionalização do termo nas tomadas de decisão. Os autores não determinam a equidade com base na alocação de recursos, e por esse motivo, esse trabalho não foi inserido no domínio temático de alocação de recursos.

Autor (Ano)	Título	Definição	Equidade é:
Albrecht, C.; Rosa, R.; Bordin, R. (2017)	The concept of equity in scientific production in health: a review	Implícita	A equidade em saúde não deve ser limitada ao acesso a ações e serviços de saúde e deve ser considerada em processos baseados na perspectiva de inclusão. O conceito de equidade fundamenta-se na definição de Whitehead e nas teorias de Rawls e Sen, mas é de difícil aplicação visto que um princípio social é um valor abstrato, relacionado a aspectos éticos e morais.
Ruano, A.L.; Shadmi, E.; Furler, J.; Rao, K.; Sebastián, M.S.; Uribe, M.V.; Shi, L. (2017)	Looking forward to the next 15 years: innovation and new pathways for research in health equity	Explícita	Equidade em saúde está relacionada a diferenças sistemáticas na distribuição de um ou mais aspectos de saúde em grupos populacionais definidos demográfico, geográfico ou socialmente, por questões políticas, econômicas, sociais ou relacionadas a políticas públicas.
Friedman, E.A.; Gostin, L. O. (2017)	From local adaptation to activism and global solidarity: framing a research and innovation agenda towards true health equity	Implícita	A equidade em saúde visa a redução de iniquidades. O alcance da equidade em saúde requer reconhecer os contextos locais, aplicar o conhecimento acumulado, gerar vontade política, fortalecer o ativismo, modificar as dinâmicas de poder. A equidade em saúde pode não ser válida para todos os países no globo.

Lane, H.; Sarkies, M.; Martin, J.; Haines, T. (2016)	Equity in healthcare resource allocation decision making: A systematic review	Explícita	A equidade em cuidado de saúde está relacionada à equalização no acesso, oferta e cadeia de resultados dos serviços de saúde, à grupos de equalização, à necessidade ou potencial de melhoria nos resultados de saúde, à responsabilidade e ao argumento de <i>fair inning</i> .
Goldberg, D. (2015)	On the very idea of health equity	Implícita	Equidade em saúde é tido como um ímã para determinar a ação certa em políticas e práticas públicas de saúde.
Kumanyika, S. (2015)	Health Equity is the issue we have been waiting for	Explícita	Equidade em saúde é o objetivo último para o tratamento de disparidades em saúde. Requer diminuir as desigualdades, mas também elevar o nível de saúde da população em geral e criar oportunidades para todas as populações e indivíduos de melhorar sua saúde. A equidade em saúde invoca princípios de direitos humanos e cria um senso de convergência com a comunidade defensora dos direitos humanos.
Starfield, B. (2006)	State of the art in research on equity in health	Explícita	Equidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do status de saúde entre populações ou grupos populacionais definidos social, demográfico ou geograficamente.
Macinko, J.; Starfield, B. (2002)	Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001	Explícita	Equidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos da saúde em grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente.
Starfield, B. (2001)	Improving Equity in Health: a	Explícita	Equidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais

	Research Agenda		aspectos do status de saúde entre populações ou grupos populacionais definidos social, demográfico ou geograficamente. Equidade em serviços de saúde implica a ausência de diferenças em serviços de saúde onde necessidades de saúde são iguais (equidade horizontal) ou a provisão de serviços de saúde intensificados onde há maiores necessidades de saúde (equidade vertical).
--	-----------------	--	---

Quadro 13 – Domínio temático: A equidade em saúde na agenda de pesquisa e na produção científica

Conforme já apresentado no primeiro domínio temático, o trabalho “*Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001*” de Macinko e Starfield, além de apresentar um conceito de equidade em saúde que é adotado pela ISEqH, faz uma revisão bibliográfica da produção acadêmica sobre o tema publicada de 1980 a 2001. Os autores identificam que poucos artigos focam nos resultados de saúde ou no status de saúde. No entanto, a maior parte da literatura sobre equidade em saúde tem como foco o acesso, a utilização e o financiamento de serviços de saúde, conceitos que às vezes são confundidos com a própria ideia de equidade em saúde. Tanto as pesquisas sobre resultados em saúde quanto os estudos sobre iniquidade no acesso variam conforme formas de mensuração. As diferenças nos resultados de saúde dependem de como a saúde é medida e como os grupos são definidos, ao passo que a iniquidade no acesso depende do ajuste do acesso às diferentes necessidades em saúde e do tipo de serviço médico (MACINKO; STARFIELD, 2002, p. 2).

Além disso, os artigos selecionados não concordam quanto às formas de redução de iniquidades em saúde, pois variam na definição do conceito: a redução das iniquidades pode ser medida pela redução da lacuna entre os grupos nas extremidades da escala social (os em melhor e pior situações) ou pela melhoria no grupo em pior situação relativamente à sua situação anterior à intervenção. Tais intervenções (políticas e programas) para lidar com as iniquidades em são também vistas de diferentes formas: pela melhoria e aumento na entrega dos serviços de saúde para os mais necessitados, pela reestruturação de mecanismos de financiamento de saúde para

auxílio dos grupos em desvantagem, ou pela modificação de estruturas sociais e econômicas a fim de influenciar determinantes de iniquidades em saúde.

Com proposta similar à de Macinko e Starfield, mas tendo a equidade no cuidado à saúde (não a equidade em saúde) como objeto de pesquisa, Lane et al. realizam uma revisão sistemática com o objetivo de identificar elementos da definição de equidade no cuidado à saúde e classificar domínios de tais definições para propor uma forma de operacionalizar a equidade. Os autores analisam 74 estudos na revisão, dos quais derivam cinco temas: (i) ponto de equalização na oferta/aceso/cadeia de resultado dos serviços de saúde, subdividido em acesso, uso de serviço e resultado de saúde; (ii) necessidade ou potencial de benefício; (iii) agrupamento de equalização; (iv) ressalvas da equalização, subdividido em responsabilidade e argumento de *fair inning*; e (v) suficientemente perto.

O primeiro tema “Ponto de equalização na oferta/aceso/cadeia de resultado dos serviços de saúde” compreende estudos que defendem que a equalização de serviços de saúde em termos de oferta, acesso e resultado para diferentes grupos e indivíduos. Tal equalização inicia-se no financiamento dos serviços de saúde, passando pela oferta e aceitação desses serviços, chegando nos resultados de saúde obtido pela utilização desses serviços pelos indivíduos. No entanto, dentro dessa temática, foram encontradas as maiores variações entre as definições de equidade em saúde propostas. O segundo tema “Necessidade ou potencial de benefícios” inclui artigos que tomam a necessidade de saúde e o potencial de melhoria no status de saúde como centrais na definição de equidade em saúde. O entendimento desses termos, no entanto, não é consensual na literatura analisada. Não é claro pelos artigos levantados se a necessidade de saúde é auto avaliada pelo paciente, determinada pelo conhecimento do profissional de saúde ou medida por outro mecanismo. Do mesmo modo, não se pode concluir o significado de potencial de melhoria no status de saúde, que pode ser entendido tanto como potencial que pode ser remediado em níveis ruins de saúde por meio de intervenção quanto o potencial de benefício que um indivíduo poder obter por meio de um tratamento existente.

O tema “Grupos de equalização” compreende estudos que analisam a equidade em saúde por meio das disparidades em saúde geradas por determinantes sociais ou fatores pessoais que afetam grupos em desvantagem social, defendendo a discriminação positiva e rejeitando a discriminação em fatores pessoais como raça, religião e etnia. Os estudos desse tema concordam que grupos sociais diferentes têm pontos de partida diferentes que estão fora de seu controle. O

quarto tema “Ressalvas à equalização” é dividido em dois subtemas. A responsabilidade foi vista como um elemento determinante na obtenção de melhores resultados de saúde, no sentido de priorizar indivíduos que tratam sua saúde de maneira responsável, ou na proporcionalidade entre a responsabilidade a capacidade de tomar decisões bem informadas, ou na responsabilidade própria individual de adotar livremente comportamentos prejudiciais à saúde. O argumento de *fair inning*¹² foi utilizado em alguns artigos na defesa de que serviços de saúde devem ser distribuídos em termos de oportunidades de saúde ao longo da vida, ou seja, os que sofrem, seja por motivo de saúde ou outro, não devem ser colocados em posições de maior desvantagem, ou deve-se priorizar jovens a velhos, pois estes já tiveram oportunidade de viver. O tema “Suficientemente perto” englobou artigos que defendem que resultados podem não ser completamente equalizados, mas podem ser considerados bons o suficiente. Assim, acreditam que a diminuição das disparidades em saúde (ante à sua eliminação) para a maior parcela da população (ante à totalidade da população) são boas o suficiente.

Os cinco temas foram analisados por Lane et al. quanto à definição de equidade em cuidados de saúde e pensando a alocação de recursos. Apesar de apresentarem cinco temas, nenhum artigo analisado abordou todos eles. Além disso, foi identificada uma divergência grande na conceituação de equidade. No entanto, esses temas podem ser usados para a elaboração de uma definição operacional de equidade a ser aplicada no processo decisório de serviços de saúde. Assim, os autores desenvolvem um quadro de definição operacional da equidade (FIGURA 4).

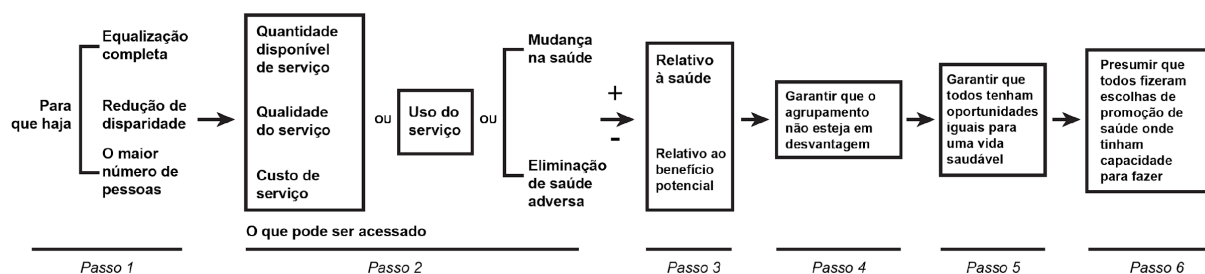


Figura 4 – Quadro operacional da definição de equidade em saúde

Fonte: LANE et al., 2016, p. 25.

¹² O argumento de *fair inning*, culminado por Alan Williams (1997) é baseado na “visão de que todos somos assegurados de um certo nível de conquistas no jogo da vida, e que qualquer um que fracasse no alcance desse nível foi injustiçado, enquanto qualquer um que exceda esse nível não tem razão para reclamar quando sua hora terminar” (WILLIAMS, 1997, p. 319).

O artigo de Albrecht, Rosa e Bordin, por sua vez, apresenta o princípio de equidade em saúde especificamente na produção científica brasileira. Os autores não se propõem a fazer uma avaliação da equidade na agenda de pesquisa, no sentido de analisar como o tema tem sido abordado historicamente ou apontar lacunas na literatura. O trabalho de Albrecht et al. consiste em uma revisão da literatura publicada sobre equidade em saúde no Brasil e como o tema é significado na produção científica nacional, sendo fortemente relacionado ao SUS em diversos dos artigos revisados. Os próprios autores afirmam que, no Brasil, a equidade é um dos princípios do SUS, apesar de não aparecer na Constituição Federal de 1988 nem na Lei nº 8.080 que rege sobre o SUS. O termo equidade aparece pela primeira com o sentido de igualdade dos cidadãos diante das ações e serviços do SUS (ALBRECHT *et al.*, 2017, p. 3), e diante das mudanças de significações na agenda de pesquisa e na formulação de políticas públicas, com base na proposição de Whitehead, gradualmente a equidade em saúde passa a focar-se na redução de disparidades sociais e regionais, afastando-se da ideia de igualdade.

Essa nova abordagem da equidade baseia-se na ideia de justiça social, como muitos trabalhos aqui apresentados defendem. Diante disso, Albrecht et al. afirmam que dois autores merecem destaque: John Rawls e Amartya Sen, cujas teorias já foram expostas neste trabalho. No levantamento realizado pelos autores, dos 34 estudos analisados (dos quais alguns são revisados nesta dissertação), Whitehead foi a autora mais citada, aparecendo em 18 deles, seguida por Rawls, na relação de equidade com justiça social. A grande maioria dos artigos que citam Rawls o fazem quanto à compensação que deve ser dada aos menos privilegiados. No entanto, dois artigos abordam sua teoria quanto à importância do Estado no processo de redistribuição de recursos. A justiça social é relacionada à equidade em saúde na grande maioria dos artigos revisados (21 de 33). Apenas dois estudos defendem ações de focalização contra a universalização como meio de promover a equidade e outros dois estudos tomam a focalização como forma de inclusão e discriminação positiva, exemplificando com a experiência do ESF. Dois artigos, além de relacionarem a equidade em saúde com princípios de justiça social, associam-na à democracia, como ambiente necessário para a promoção da equidade, onde indivíduos têm poder e autonomia para manifestarem suas ambições e necessidades. Por fim, oito

artigos citam a diferenciação entre equidade vertical e horizontal, dos quais três o fazem para analisar o acesso a serviços de saúde e as ações de equidade em saúde.

Os conceitos de equidade em saúde identificados nos estudos levantados pelos autores baseiam-se na concepção de Whitehead e na teoria de Rawls, no que tange à relação de diferentes situações de saúde com a questão da justiça, na qual a equidade tem papel central na diminuição ou eliminação dessas disparidades. Na abordagem da teoria de Sen, por outro lado, essa relação é mais limitada, restringindo-se ao acesso ao sistema de saúde por indivíduos sujeitos a desigualdades injustas e evitáveis e apenas um artigo trata da abordagem das capacidades de Sen para a redução de desigualdades em saúde no Brasil. Apesar de discutível, os autores afirmam que “a limitação do conceito de equidade é compreensível dada a dificuldade de aplicá-lo, visto que um princípio social é um valor abstrato, ligado a aspectos de moral e ética” (*Ibid*, 2017, p. 116).

Na análise da equidade em saúde no SUS, os autores defendem a intensificação do debate sobre o tema, que não deve ficar restrito à questão do acesso a ações e serviços de saúde. A equidade em saúde deve ser abordada também quanto a processos, que devem ser baseados em uma perspectiva de inclusão, tendo em vista que indivíduos podem ter acesso a ações e serviços, mas sentirem-se excluídos da participação no sistema de saúde. O desafio que se apresenta para tal, é tratar a escassez de recursos de forma contínua, de modo que a equidade enquanto princípio direcionador das ações e políticas não se perca no processo (*Ibid*, 2017, p. 116).

Apresentados esses três artigos de revisão da literatura para compreender como a equidade tem sido abordada na produção científica, os demais estudos a seguir analisam o conceito ao longo da agenda científica. Além da revisão em conjunto com Macinko, Starfield produziu diversos estudos sobre equidade em saúde e a agenda de pesquisa do tema. A autora enfatiza a importância de se discutir o tema na agenda acadêmica científica a fim de ter evidências como base para a elaboração de estratégias para a obtenção de equidade em saúde. Apesar do artigo datar de 2001, muitos dos apontamentos de Starfield permanecem até hoje, como serão apresentados nos textos mais recentes de 2017. Segundo Starfield (2001), “uma agenda de pesquisa adequada requer o conhecimento do que se trata o problema, do entendimento da gênese e correlatos do problema, método para medir esses correlatos, e teste rigoroso de explicações e intervenção alternativas” (STARFIELD, 2001, p. 545, tradução da autora). Propõe assim uma definição operacional de equidade em saúde e equidade em cuidado de saúde, um

quadro conceitual com os tipos de influência em saúde e distribuição de saúde nas populações, juntamente com evidências dos efeitos dessas categorias, e uma agenda de pesquisa guiar a produção de conhecimento como base de intervenções de equidade em saúde.

Starfield afirma que elaborar uma estratégia de eliminação iniquidades em saúde quer (i) entender o significado de equidade; (ii) concordar em como reconhecê-la; (iii) reconhecer suas origens e causas; e, (iv) desenvolver um plano de redução ou eliminação por meio de mecanismos efetivos e eficientes (*Ibid*, 2001, p. 45). Apresenta, assim, os requisitos que uma pesquisa de estratégia de equidade necessita para ser efetiva: aceitação de uma definição comum de equidade, desenvolvimento de um modelo ou quadro conceitual, variáveis claramente definidas, elucidação de caminhos e definição de subgrupos populacionais. Como seu estudo visa contribuir para a agenda de pesquisa sobre equidade em saúde, a autora propõe formas de atender a esses requisitos bem como carências na agenda de pesquisa em atendê-los - afirma, no entanto, eles não se esgotam nos apresentados por ela.

Starfield adota uma definição baseada em justiça e diferenças em saúde sistemática, não aleatórias: “equidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do status de saúde entre populações ou grupos populacionais definidos social, demográfico ou geograficamente”, que é a mesma definição adotada posteriormente na produção com Macinko (2002). Equidade em serviços de saúde, por sua vez, corresponde tanto à equidade vertical quanto à horizontal: a ausência de diferenças em serviços de saúde onde necessidades de saúde são iguais e a provisão de melhores ou mais serviços de saúde onde há maiores necessidades de saúde (*Ibid*, 2001, p. 546).

As influências na distribuição de saúde nas populações são de diversas dimensões: políticas, econômicas, sociais e ambientais. Assim, Starfield propõe um quadro conceitual (FIGURA 5) de tais influências em esferas multi e bi-relacionadas que resultam no status de saúde. Tal modelo parte do contexto político, que determina as políticas públicas (*policies*) em diversas esferas (ambiental, social, econômica e de saúde), que por sua vez, geram características relativas a cada esfera, afetando os resultados em saúde, que também são determinados por características relacionadas ao próprio indivíduo (ambiente, questões biológicas, posição social, etc.). Deste quadro conceitual, deriva-se um segundo modelo (FIGURA 6), no qual são incluídas as influências em equidade e saúde e no nível de saúde médio da população, considerando assim a distribuição de saúde na população. O peso de cada tipo de influência e a natureza da interação

entre as esferas apresentadas variam se o foco é dado no nível de saúde individual ou da população e na equidade na distribuição de saúde dentro ou entre países. As influências na saúde são as mesmas, mas o peso de cada influência e o modo como elas operam varia.

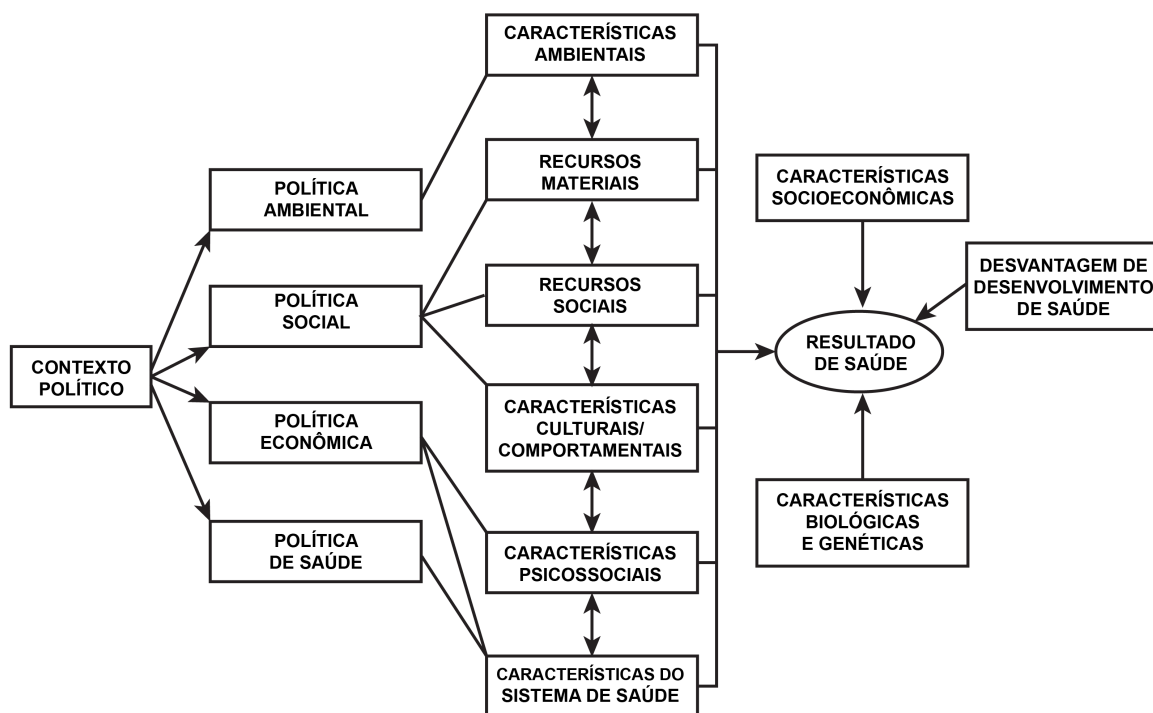


Figura 5 – Quadro conceitual dos determinantes de saúde

Fonte: Adaptado de STARFIELD, 2001, p. 547.

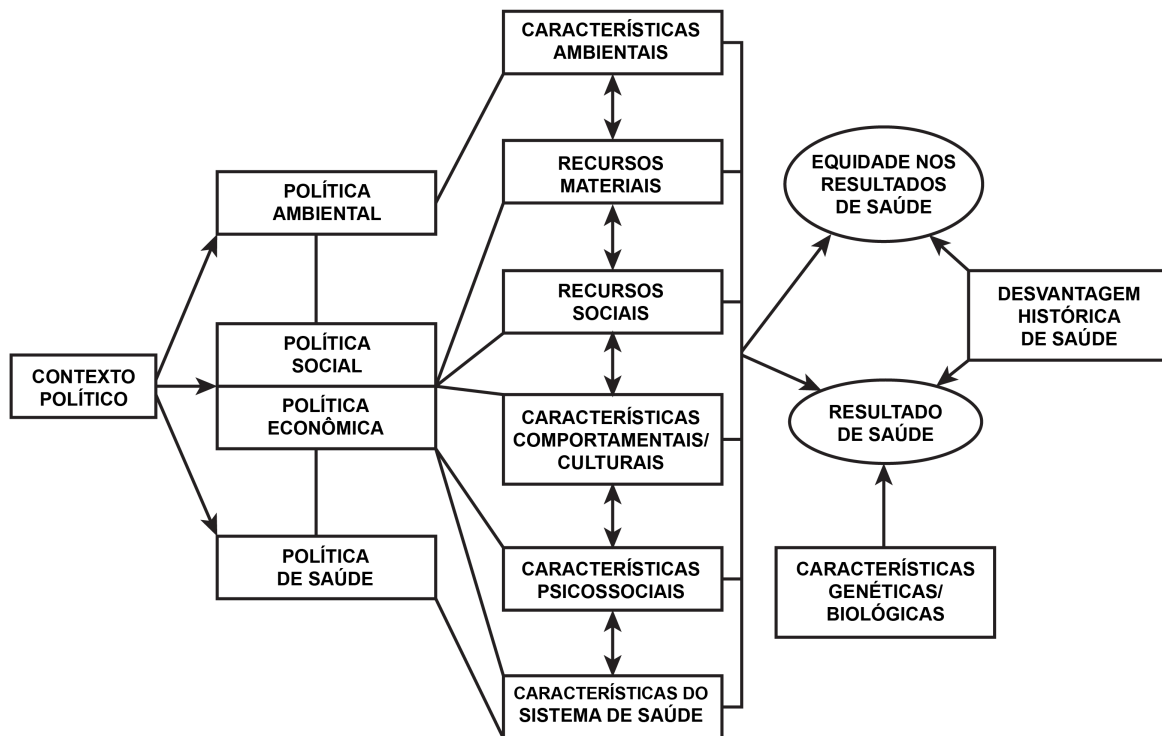


Figura 6 – Quadro conceitual dos determinantes de saúde – Modelo populacional
 Fonte: Adaptado de STARFIELD, 2001, p. 547.

A partir de seu quadro conceitual das influências nos resultados de saúde, Starfield apresenta, por meio de fases, como a análise das diferentes características da sociedade sobre a equidade em saúde tem sido realizada na literatura de pesquisa sobre o tema. A adoção do nível de saúde da população, tirando o foco apenas do indivíduo, foi uma importante mudança na literatura da equidade em saúde (conforme já apresentado no primeiro domínio temático, dadas as críticas ao *World Health Report 2000*, que se baseava nos indivíduos para medir a desigualdade em saúde) e pautou algumas das pesquisas em equidade em saúde posteriores.

A primeira fase da pesquisa sobre equidade em saúde foi a observação e elaboração de uma hipótese, como por exemplo, a hipótese de Wilkinson (1996) de que desigualdade de renda tem efeito grande ou determinante sobre os resultados em saúde a partir de observações empíricas, que foi amplamente aceita por diversos pesquisadores que passaram a realizar testes para validá-la. A segunda fase consistiu no estudo analítico de hipóteses competidoras. Contrapôs-se à primeira hipótese outra que determine uma relação diferente, como a de Fiscella e Franks (1997), que apresentaram dados de que níveis absolutos de renda são mais determinantes

na geração de níveis ruins de saúde do que desigualdade de renda. Inversamente, outros estudos apontaram que as desigualdades em saúde são causadas por diferenças em relações sociais, ou seja, grupos sociais sistematicamente em desvantagem em razão de relações interpessoais e comunitárias sofrem efeitos psicológicos e materiais oriundos dessas relações - que consiste no “capital social”, já apresentado pelo pensamento de Bourdieu e no artigo de Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009). No entanto, apesar da identificação do papel das forças sociais, ainda falta esclarecimento pela literatura sobre os impactos do capital social.

A terceira fase consistiu no desenho de uma análise para elucidar caminhos, ou seja, trata-se de examinar o caminho na relação causal da hipótese a fim de determinar como e por que A gera B. A partir do mesmo exemplo (relação entre resultado de saúde e desigualdade de renda), Starfield apresenta duas pesquisas: uma série de estudos em estados norte-americanos buscou identificar o peso que a desigualdade de renda e a disponibilidade de médicos de APS têm sobre os resultados de saúde, e identificou que ambos os fatores afetam diretamente os resultados em saúde de forma independente (a desigualdade afeta, entre outros, a mortalidade infantil e a disponibilidade afeta a mortalidade por derrame); no entanto, a desigualdade de renda tem um efeito indireto nos resultados em saúde pela atenção primária, visto que áreas equitativas em termos de renda têm melhores (e melhor distribuídos) serviço de atenção primária para a população; já a pesquisa de Kawachi et. al. demonstrou que a desigualdade de renda afeta a mortalidade pela percepção de injustiça, usando medidas de capital social. Assim, há diversos caminhos e medidas possíveis para tratar um problema de equidade e estabelecer uma relação entre as características de influência na saúde e os resultados de saúde.

A quarta fase consistiu na intervenção, que, de acordo com Starfield, ainda é uma fase que deve ser melhorada na agenda de pesquisa sobre equidade em saúde, visto que ainda não se atingiu um nível de avaliações sistemáticas de intervenções para alcançar a equidade em saúde. Apesar do alto número de publicações na literatura sobre os impactos de intervenções de redução de desigualdade em saúde, as avaliações publicadas ainda “carecem de rigor científico e detalhe crítico sobre a natureza específica do efeito, sua magnitude e sua robustez”, assim “avaliação de intervenção seria uma prioridade para a agenda de pesquisa” (STARFIELD, 2001, p. 551).

Diante das fases pelas quais a pesquisa sobre equidade em saúde passou, Starfield aponta a necessidade de melhorias de modo a produzir estratégias de pesquisa efetivas sobre equidade em saúde que possam determinar o que deve ser atingido em termos mensuráveis.

Apesar da existência de diversas definições de equidade em saúde, é preciso haver aceitação de uma definição comum a fim de estabelecer conclusões da pesquisa sobre as implicações da política. Um quadro conceitual comum também se faz necessário, pois possibilita que os resultados da pesquisa com base nele sejam interpretados em um quadro de políticas públicas, além de permitir a identificação de diferença de resultados em pesquisas distintas, apontando para novos fatores a serem considerados em pesquisas subsequentes. Starfield afirma que as características políticas como uma esfera de influência na saúde ainda carecem de pesquisa na elaboração de um quadro conceitual. Aspectos de política e política pública, que historicamente não foram privilegiados na pesquisa sobre equidade em saúde, devem ser foco de atenção, pois são um antecedente fundamental nas iniquidades em saúde e extremamente relevantes para a formulação de políticas públicas.

As variáveis utilizadas na pesquisa também devem ser padronizadas e especificadas adequadamente a fim de facilitar comparações entre estudos e possibilitar interpretações consistentes de seus efeitos. A elucidação de caminhos faz-se necessária para a elaboração de políticas públicas por esclarecer como as diversas categorias de influência operam, dando ferramentas para tomar decisões mais apropriadas quanto a que influência remediar. A elucidação de caminhos proposta por Starfield preenche uma lacuna na análise Braveman e Gruskin quanto aos meios e causas das iniquidades em saúde por determinantes sociais (chamados de categorias de influência por Starfield). Braveman e Gruskin (2002) afirmam que a iniquidade em saúde requer que um elemento dos determinantes sociais esteja direta ou indiretamente associado à condição de saúde ou determinante da saúde, mas essa associação não requer a compreensão da causa direta da iniquidade ou da relação causal total. No entanto, para Starfield, quando caminhos são delineados, é possível identificar como determinada categoria de influência afeta a saúde e como é essa relação causal, fornecendo possibilidades de solução daquela iniquidade em saúde.

Por fim, a definição de subgrupos populacionais é necessária, pois as relações causais de determinantes de saúde geralmente variam de grupo para grupo. Starfield defende que certos subgrupos devem sempre ser analisados separadamente em pesquisas de equidade em saúde: idade, gênero, grupos raciais e étnicos, renda educação e ocupação. No entanto, essas categorias não são suficientes e é necessário estabelecer estratificação nessas categorias para determinar se os efeitos das relações e dos caminhos tanto hipotéticos quanto demonstrados são consistentes entre grupos populacionais ou se se aplicam somente a determinados subgrupos. Assim,

“diferentes caminhos em subgrupos populacionais diferentes sugerem a necessidade de diferentes abordagens de intervenção” (STARFIELD, 2001, p. 558).

Apresentados os requisitos para uma pesquisa em equidade em saúde efetiva, Starfield enfatiza um último tema que deve receber maior atenção na pesquisa e política de equidade em saúde: o papel da atenção primária. Esse tema não recebe a devida importância tendo em vista que a literatura sobre equidade em saúde foca-se nos efeitos dos serviços de saúde nos resultados de saúde, mas negligencia seus impactos na redução de iniquidades em saúde. De acordo com a autora, há uma crença equivocada de que serviços de saúde não são uma estratégia relevante para atingir equidade em saúde, ao assumir que a inadequação de serviços de saúde não é um meio pelo qual as disparidades de renda afetam a saúde. Starfield defende que não são os serviços de saúde que importam nesse caso, mas um sistema de saúde com atenção primária forte. O motivo disso está justamente no fato de que cuidados de alta complexidade são mais caros do que cuidados de atenção primária e menos acessíveis para a população de baixa renda. Isso configura a Lei dos Cuidados Inversos, ou seja, a menor disponibilidade de cuidados médicos e sua dificuldade de acesso para aqueles que mais precisam. Além disso, os recursos financeiros no sistema de saúde competem no financiamento de cuidados de atenção primária e alta complexidade. Starfield defende que “o acesso primário é menos capital e trabalho-intensivo e menos hierárquico na sua organização”, assim, “é mais adaptável e capaz de responder mais rapidamente a mudanças nas necessidades de saúde da sociedade” (STARFIELD, 2001, p. 559), afirmando que “investimentos na atenção primária produzem mais equidade do que investimentos no sistema de saúde em geral” (*Id.*, 2006, p. 24).

Evidências empíricas demonstraram que a atenção primária é capaz de melhorar os resultados em saúde e melhorar a equidade em saúde: países com estrutura de atenção primária precária, além de ter maiores custos, têm piores resultados, principalmente nos indicadores de primeira infância; regiões com maior número de médicos familiares e geral por população apresentam taxas de internação inferiores por condições que poderiam ser tratadas na atenção primária. No entanto, as pesquisas também evidenciaram que a entrega de serviços de atenção primária depende das características do sistema de saúde e de políticas governamentais adequadas. Apesar de algumas evidências terem mostrado a relação positiva entre uma atenção primária forte e resultados de saúde, a literatura sobre os determinantes da saúde tem se focado

nas influências sobre níveis gerais de saúde, mas Starfield defende que a atenção primária deve ser objeto de estudo na agenda de pesquisa, principalmente quanto à elucidação de caminhos.

Se por um lado Starfield faz uma análise exaustiva da agenda de pesquisa em equidade em saúde, apresentando sugestões e lacunas e adotando já uma definição de equidade como a mais aceitável, Goldberg (2015) afirma que, apesar dos avanços na pesquisa sobre equidade em saúde e do reconhecimento de estar associado a um princípio ético, ainda há uma preocupação quanto à confiança na definição de equidade em saúde. De acordo com o autor, que se refere à definição proposta por Whitehead, acredita-se que o termo ainda seja vago e careça de uma especificidade adequada quanto à abrangência e objetivo da ação moral. Além disso, como alguns autores também apontam, a inevitabilidade das diferenças em saúde da definição de Whitehead gera uma confusão entre o que é prevenível e o que é passível, pois mesmo desigualdades naturais ou biológicas que não são preveníveis, são passíveis de melhoria por meio de intervenções.

O autor afirma que ainda há uma crença entre os especialistas em ética de que o conceito de equidade em saúde ainda é vago e carece de teoria. No entanto, ressalta que isso não tira a importância do tema. É consenso entre os especialistas de ética que as desigualdades em saúde são uma preocupação moral, e a equidade em saúde, que tem uma questão sociológica e como forma de tratar as desigualdades em saúde, deve ser a bandeira com a qual os atores da saúde pública devem abordar tais desigualdades. Independente das lacunas teóricas do conceito de equidade tenha, e tendo em vista que já foi demonstrado que a equidade em saúde é prioridade no combate às desigualdades em saúde, o autor defende que o tema tem um grande valor social e político.

Goldberg, por outro lado, reconhece a preocupação dos especialistas em ética quanto à teorização filosófica e ética da equidade em saúde. Na aplicação da equidade por meio de políticas públicas, lacunas na fundamentação teórica podem diminuir a habilidade dos formuladores de políticas públicas de convencimento quanto à importância e valor da equidade em saúde, visto que o campo das políticas públicas se trata de uma disputa de espaços e recursos, assim a justificação por preferências de políticas importa. Assim como Starfield, o autor afirma que a concordância e o entendimento quanto a uma definição de equidade em saúde são necessários e importantes, mas para chegar a esse nível, passa-se por um processo de convencimento, persuasão e disputa política, o que requer bases teóricas fortes para a

conceituação da equidade. Por meio de uma definição consistente de equidade em saúde e da definição clara dos requisitos na área da saúde em termos de justiça, é possível fortalecer as recomendações dos formuladores de políticas pública e progredir na remediação de desigualdades em saúde.

Kumanyika (2015) também defende que a equidade em saúde é o objetivo para o tratamento das disparidades em saúde, e, assim como Goldberg (2015), aponta como o tema é “importante demais para ser apenas um slogan” (GOLDBERG, 2015, p. 12). No entanto, diferentemente de Goldberg, Kumanyika afirma que o conhecimento acumulado até então - ambos os textos são de 2015 - e o foco em equidade em saúde que passou a ser uma preocupação da agenda de pesquisa e na formulação de políticas públicas possibilita realizar “tudo o que sonhamos e pelo que trabalhamos na saúde pública, mas até agora não conseguimos alcançar” (KUMANYIKA, 2015, p. 9). Para o autor, a incorporação dos conceitos de justiça e equidade nas definições de disparidades em saúde e a consideração de aspectos de estrutura social como suas causas, pela agenda internacional (que influenciou a mudança de pensamento sobre saúde nos Estados Unidos), foi de extrema importância para reconfigurar os objetivos e estratégias de saúde pública.

O foco na equidade em saúde, advogado pela agenda internacional, principalmente pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da ONU, desloca a unidade de análise das disparidades em taxas de doença para as disparidades em saúde causadas por aspectos da estrutura social. A equidade em saúde requer não apenas diminuir as lacunas, mas elevar o nível de saúde da população no geral, rejeitando a ideia de que grupos em desvantagem social devam competir por atenção, ao invés de unir esforços. Assim, “a equidade invoca princípios de direitos humanos e cria um senso de convergência com a comunidade defensora de direitos humanos” (Ibid, 2015, p. 9). Além disso, o mandato ou guia para focar na equidade em saúde, incorporado na política de saúde dos Estados Unidos “*Healthy People 2020*”, requer que todos os profissionais da saúde pública compreendam e saibam explicar o significado da equidade em saúde, o que promove a base de entendimento e comprometimento quanto ao tema e incentiva ações e *accountability* na mudança dos fatores sistemáticos que geram e perpetuam as iniquidades em saúde.

Apesar de todos esses avanços, Kumanyika afirma que ainda é preciso realizar esforços quanto ao engajamento de outros setores, para além da saúde pública, no alcance da

equidade em saúde. O foco nos determinantes sociais da saúde é condição, mas também é preciso engajar os setores fora da saúde, como educação, serviço social, planejamento urbano, transporte, corporações, negócios, entre outros, para moldar oportunidades na obtenção de saúde. O autor afirma que ainda não foi descoberto como é possível “mudar a educação e a prática da saúde pública para motivar e apoiar engajamento efetivo com outros setores sem perder [as] identidades profissionais e o senso de comunidade dentre a profissão” (Ibid, 2015, p. 10). No entanto, com o processo de descobrimento e abordagem das barreiras estruturais à equidade em saúde, a identificação de formas de engajamento intersectorial estão em curso.

Os desafios e dificuldades em se alcançar a equidade em saúde são abordados por todos os trabalhos deste domínio temático. Os trabalhos mais recentes, publicados em 2017, apontam para alguns desafios não identificados (ou, se identificados, não expostos) nos trabalhos anteriores, enfatizando a ação global, nacional e local na busca pela equidade e com base em acordos internacionais, como o *Framework Convention on Global Health* (FCGH) e determinações da OMS, como os ODSs. Friedman e Gostin (2017) propõem um quadro de pesquisa e inovações na agenda para se atingir uma real equidade em saúde. Os autores partem do questionamento de, se diversos avanços foram feitos quanto ao acúmulo de conhecimento sobre medidas necessárias para o alcance da equidade em saúde, por que ainda existem tantas iniquidades?

Para responder essa pergunta, os autores propõem quatro áreas que devem receber foco na agenda de pesquisa sobre o tema. A primeira consiste no reconhecimento dos contextos locais, que afetam o sucesso e os resultados de políticas de equidade em saúde, pela pesquisa local para a adaptação de estratégias às características locais particulares. Além desse conhecimento local, os autores enfatizam a importância de copiar conhecimento e estratégias já levantados para a redução das iniquidades, que constitui a segunda área. Deve-se considerar as melhores estratégias para promover tomadas de decisão e vontade política no combate às iniquidades, sendo necessário um desenvolvimento contínuo de conhecimento que permita fortalecer o ativismo para a mudança das dinâmicas de poder, as quais configuram a terceira área de foco. As dinâmicas de poder desiguais exercem importante papel na constituição e perpetuação das disparidades, sendo necessário compreender os caminhos pelos quais os determinantes das desigualdades operam a fim de desenvolver estratégias e eliminar caminhos geradores de iniquidades. Por fim, a última área é dada pelo questionamento da real possibilidade

de se atingir uma equidade em saúde plena. Os autores indagam se todos os países conseguem de fato ter um sistema de saúde de cobertura universal que compreenda todas as necessidades de saúde dos indivíduos e se é realmente possível promover e garantir a solidariedade nacional e global para alcançar a equidade em saúde - responder a esses questionamentos contribui para identificar os caminhos e as medidas para se garantir o direito à saúde e atingir e manter uma equidade em saúde substantiva, que vai além de soluções técnicas.

A construção de um quadro conceitual e operacional, bem como o comprometimento dos países por meio de acordos internacionais como um meio legal de promoção de equidade em saúde, como o FCGH, é necessária por possibilitar uma aplicação mais eficiente dos conhecimentos já desenvolvidos sobre a equidade em saúde e formas de como alcançá-la. Além das padronizações universais de intervenção de saúde pública, como água limpa, saneamento adequado e campanhas de imunização, um instrumento legal internacional deve incentivar os países a promover estratégias de equidade em saúde nacionais para catalisar as políticas de equidade em saúde, focadas nas suas populações marginalizadas, e deve guiar o desenvolvimento de planos de ações orçamentários para tal. O tratado internacional serviria como um guia com diretrizes gerais, mas pressupõe que, para além do conhecimento acumulado na agenda internacional, os países são capazes e têm o conhecimento necessário, baseado em suas experiências e informações de suas populações marginalizadas, dos caminhos adequados para atingir maior equidade em seus territórios. Algumas das ações nacionais, de acordo com os autores, podem ser tarifas sociais ou isenção de tarifa de determinados serviços para grupos em desvantagem socioeconômica, medidas afirmativas, campanhas informativas e de educação sobre saúde, ou ações focalizadas como transporte gratuito para reduzir mortalidade materna entre mulheres pobres, disponibilidade suficiente e distribuída de atendentes de parto, abrigos maternos para mulheres em zonas rurais, entre outros.

Apesar de todo o conhecimento sobre práticas e medidas de equidade em saúde, os autores apontam quatro motivos do porquê das iniquidades em saúde persistirem: (i) verdades amplamente aplicadas podem não valer em certas circunstâncias, o que leva à necessidade de entender o contexto local; (ii) o conhecimento do que funciona geralmente não é aplicado, o que está relacionado ao fracasso da ação estatal e da distribuição iníqua de poder e recursos; (iii) a distribuição iníqua de poder e recursos é refletida nas disparidades dos determinantes sociais da saúde, sendo necessário focar também no tratamento destes; e, (iv) restrições políticas e

econômicas limitam a garantia de uma equidade em saúde substancial, logo, deve-se pensar como diminuir ou superar essas restrições (FRIEDMAN; GOSTIN, 2017, p. 2).

Para tratar o primeiro ponto, é preciso analisar a realidade local para compreender por que políticas de equidade bem desenhadas não são efetivas. Questões como falta de informação, não confiança no sistema de saúde, motivos religiosos (que são alguns dos elementos das dimensões de informação e aceitabilidade do acesso de Sanchez e Ciconelli (2012)) impactam na efetividade da política pública de equidade. Os autores propõem ensaios de controle randomizado, projetos pilotos e pesquisas operacionais como meios de entender a realidade local e adaptar as políticas a ela. Além disso, enfatizam a importância de pesquisas qualitativas de contato direto com os indivíduos, principalmente pesquisas de ação participativa, com ciclos de análise, reflexão e ação, nas quais as pesquisas engajam-se como participantes ativos da pesquisa e no empoderamento dos indivíduos público das políticas.

Em relação ao segundo ponto, deve-se questionar se o fracasso da ação estatal é em razão do não conhecimento de medidas e práticas de políticas efetivas de equidade em saúde (apesar de tais conhecimentos existirem) ou se é pela falta de vontade política em implementar tais políticas. Para o primeiro caso, garantir que os tomadores de decisão e os formuladores das políticas públicas tomem conhecimento de práticas efetivas requer a ampliação do conhecimento sobre melhorias na efetividade e no alcance de medidas de *accountability* em saúde, e a criação de espaços nos níveis local, nacional e global que permitam uma participação significativa e a formação de novas dinâmicas de poder. No entanto, a vontade política é necessária para tais mudanças. O problema do não conhecimento pode, assim, ser sanado pela existência de vontade política. Deve-se pensar em quais elementos afetam a vontade política, quais entraves de políticas passadas impedem a promoção de novas políticas, como sistemas baseados em interesses corporativos podem ser transformados, quais medidas podem eliminar a corrupção no setor da saúde por meio da transformação dos processos políticos e do sistema de saúde (*Ibid*, 2017, p. 2). Para mobilizar a vontade política, é necessário ativismo da saúde por meio de ações de membros da comunidade, organizações da sociedade civil e profissionais da área da saúde.

No entanto, a vontade política também está limitada pela distribuição iníqua de poder e recursos, o que leva ao terceiro ponto. Essas iniquidades política, econômica e social é o que marginaliza as populações em desvantagem e conformam os determinantes sociais da saúde. Friedman e Gostin enfatizam, assim como Starfield, a necessidade de pensar os caminhos pelos

quais os determinantes da saúde operam a fim de saber as causas das iniquidades em saúde e como intervir de maneira eficiente. Alguns determinantes operam diretamente, como condições insalubres de trabalho que levam ao adoecimento e ao stress, outros operam indiretamente, como a baixa renda, que impede indivíduos de terem comportamentos saudáveis, como alimentação saudável por limitações de acesso e custo. Alguns determinantes operam no nível individual, como a não aceitação do serviço/tratamento de saúde por questões religiosas ou de crenças, outros operam no nível comunitário, como a poluição ou violência de áreas periféricas que afetam a comunidade moradora.

Por fim, no quarto ponto, os autores fazem um questionamento, de peso político e moral, feito por poucos na agenda de pesquisa em equidade em saúde. Apesar dos defensores da equidade em saúde apresentarem os benefícios e vantagens de sistemas de saúde e políticas de saúde equitativas, pode-se esperar que a equidade em saúde seja alcançada em todos os países e em todos os segmentos populacionais? Os princípios da equidade em saúde partem de um pressuposto de que a saúde é um direito e essencial para uma vida digna. Modelos de sistemas de saúde que prezem tais elementos devem ser universais. Conforme já apresentado, a OMS define a cobertura universal de saúde como: “todas as pessoas e comunidades podem usar os serviços promotores, preventivos, curativos, reabilitadores e paliativos de saúde que precisam, de qualidade suficiente para ser efetivo, e ao mesmo tempo com a garantia de que seu uso não exponha o usuário a dificuldades financeiras” (OMS, 1948, tradução da autora). Assim, os autores indagam como é possível concretizar a saúde universal globalmente, como disponibilizar todos os serviços e tratamentos de todos os níveis de complexidade, como financiar esse sistema em países pobres e como gerar solidariedade financeira de países ricos. Não apresentam solução para isso, mas colocam a questão como de extrema relevância para a agenda acadêmica em equidade de saúde, bem como o tratamento dos outros três pontos expostos.

Também com a proposta de apresentam alguns tópicos que merecem destaque na agenda de pesquisa em equidade em saúde, o outro texto mais recente desta seção, de Ruano *et al.* (2017), trata-se de um editorial do *International Journal for Equity in Health (IJEqH)* em celebração aos quinze anos do *journal*. Pensando nos próximos quinze anos e frente à preocupação em entender e atuar na iniquidade global e local, os autores apresentam três séries temáticas que compõem a edição e que devem receber atenção nos próximos quinze anos. A primeira série trata da multimorbidade (MM), que consiste na co-ocorrência de condições em

saúdes em indivíduos e populações que sofrem fortes efeitos de doenças e já estão em situação de desvantagem. A pesquisa nessa área transfere o foco da morbidade da doença para o indivíduo que sofre diversas doenças, pois é possível identificar nele com mais precisão os impactos das doenças em grupos socialmente em desvantagem, além dos tipos de intervenção necessários para lidar adequadamente com a vulnerabilidade a doenças e as interações entre as doenças. Com base em pesquisa também realizada por Starfield, a série contribui para o estudo da MM e da equidade quanto aos grupos populacionais que a sofrem, seus determinantes e resultados, e aponta para a importância de mais pesquisa no tema.

A segunda série temática consiste no estudo dos impactos da recente crise econômica que tem afetado a Europa (principalmente os países do Mediterrâneo, que enfrentam desafios sociais e econômicos) na saúde da população, em especial, nas iniquidades de saúde. Os autores afirmam que, apesar dos artigos dessa série apresentarem a complexidade dos impactos da crise econômica na saúde, ainda é necessário o desenvolvimento de pesquisas que melhor expliquem a relação entre saúde e políticas de um modelo dominante socioeconômico gerador de desigualdade socioeconômica, que afeta, em maior grau, os grupos mais vulneráveis. A última série trata de intervenções na APS como forma de melhorar a equidade nos resultados de saúde, que mostra a importância da necessidade de uma APS coordenada, abrangente e contínua. Não à toa, essa série baseia-se no trabalho de Starfield, que, conforme apresentado, defende o fortalecimento da atenção primária como forma de atingir maior equidade. Uma APS efetiva está relacionada a melhorias de acesso aos serviços de saúde, menos internações, melhor custo-efetividade e aumento da equidade, como também já observado na análise do domínio temático “Acesso como elemento constituinte da equidade em saúde”.

Além disso, como preocupações para a agenda futura de pesquisa em equidade em saúde, os autores propõem a expansão do conceito, da diversidade das populações e dos desenhos de pesquisa, além de incentivarem o uso de metodologias de pesquisa inovadoras. Apresentam diante disso, algumas abordagens inovadoras no tratamento das iniquidades em saúde, como pesquisas sobre a redução de iniquidade em saúde por meio de ativismos para reformular as dinâmicas de poder e do questionamento das políticas de saúde global, nacional e local; com foco nos ODS da ONU quanto à necessidade de fortalecimento do desenvolvimento, teste e implementação de soluções que visem a melhoria de níveis de equidade no mundo; baseadas em direitos e na defesa de inclusão de indivíduos nacionais e não-nacionais nas políticas nacionais

para garantir a operacionalização efetiva e transformadora dos ODS; e, com foco holístico e integrado na análise do status de saúde de povos indígenas a fim de identificar as causas das iniquidades nesses grupos dentro e fora da saúde.

Assim, os autores apontam para a necessidade de desenvolver pesquisas em equidade em saúde considerando os problemas econômicos, sociais e políticos atuais e históricos, que afetam direta ou indiretamente o nível de saúde de indivíduos e grupos populacionais, gerando iniquidades em saúde. Frente às recentes mudanças globais de transformações demográficas e econômicas, os autores ressaltam a importância da pesquisa em “iluminar a injustiça”, desenvolver e testar intervenções a fim de ampliar as evidências para a eliminação de iniquidades em saúde e cuidado em saúde e guiar a formulação de políticas públicas para melhores resultados sejam atingidos pelos diversos grupos populacionais no globo (RUANO *et al.*, 2017). Deste modo, faz-se necessário ampliar os instrumentos metodológicos e teóricos utilizados na pesquisa em equidade em saúde, principalmente em relação a abordagens qualitativas e de ciências sociais.

5. DISCUSSÃO

5.1. Interpretação dos dados da Revisão Sistemática da Literatura

Conforme a apresentação dos resultados, a equidade em saúde é um conceito multidisciplinar e multidimensional, sendo considerada por alguns autores como um princípio normativo. Por meio da análise das definições levantadas é possível afirmar que, além da definição de Whitehead, as teorias de Braveman, Gruskin, e Starfield tornaram-se o referencial teórico no estudo de equidade em saúde. Elas introduziram conceitos inovadores sobre o tema num espectro mais amplo e multidimensional, ou seja, não analisaram a equidade em saúde apenas no tocante à alocação de recursos, na forma horizontal ou vertical, nem do ponto de vista unicamente do acesso, da utilização ou dos resultados em saúde. Whitehead introduz aspectos morais e éticos ao relacionar a equidade com justiça. Braveman e Gruskin contribuem com a análise dos determinantes sociais e formas de mensuração de equidade, além de apresentarem a relação da equidade em saúde com os direitos humanos e com a hierarquia social. Dentre seus artigos selecionados, o mais recente (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2014) também fornece a perspectiva de curso de vida como uma ferramenta relevante no estudo dos determinantes sociais da saúde. Starfield, por sua vez, contribui com a análise e conceituação dos determinantes da saúde por meio de quadros conceituais.

Há estudos que não citam qualquer dessas autoras em específico, mas definem a equidade em saúde em termos similares ou iguais aos utilizados por elas. Whitehead, como a precursora desse debate e a autora mais citada no levantamento, é, sem dúvida, ponto de não-retorno na literatura sobre equidade em saúde. Seu trabalho “*The concepts and principles of equity and health*”, no entanto, já completa trinta anos e, ao longo do tempo, novas pesquisas e evidências tanto apresentaram lacunas quanto aprimoraram seu conceito - Braveman e Gruskin (2002) foram autoras que aprimoram o conceito de Whitehead (1992) ao considerarem a hierarquia social na equidade em saúde, eliminando a noção de diferenças de saúde evitáveis e injustas e introduzindo a ideia de diferenças sistemáticas curáveis. Starfield (2001), por sua vez, preenche uma lacuna de Braveman e Gruskin (2002) ao apresentar a elucidação de caminhos para

o entendimento das relações causais das iniquidades de saúde. Destaca-se que o preenchimento de lacunas da literatura não corresponde necessariamente ao apontamento de críticas e formas de correção (o artigo de Starfield, inclusive, é anterior ao de Braveman e Gruskin), nem à hierarquização das definições encontradas na literatura, mas à sobreposição das definições, a fim de coletar o que cada definição apresenta e como elas se complementam para o fornecimento de um conceito mais completo e preciso.

Na observação das definições identificadas nos estudos e inseridas nos quadros de cada domínio temático, as definições explícitas consistem, em grande parte, de variações das definições das quatro autoras mencionadas. A “eliminação de disparidades de saúde” (BRAVEMAN, 2006), a “ausência de diferenças de saúde” (MACINKO; STARFIELD, 2002) ou a “eliminação de diferenças de saúde” (WHITEHEAD, 1992) são termos encontrados em estudos de outros autores para definir a equidade em saúde. No entanto, observa-se que ao invés da ideia de “eliminação” ou “ausência”, muitas definições consistem de termos intermediários como “redução”, “tratamento” e “superação” das disparidades ou diferenças de saúde, ou, opostamente, pela afirmação no sentido de “promoção”, “busca”, “esforços”, “alcance” de/por justiça, oportunidades iguais, respeito a direitos - no sentido de diminuir a lacuna entre o nível mais alto de resultado em saúde e os mais baixos. A conceituação da equidade pela negação da iniquidade pode ser explicada pela dificuldade de operacionalização da própria equidade, que, como um princípio normativo é de difícil mensuração. É por esse motivo que Braveman (2010) afirma que as iniquidades de saúde devem ser entendidas como a métrica pela qual a equidade em saúde é tratada.

Ao analisar cada domínio temático, é possível identificar que as definições de equidade em saúde contém elementos específicos do tema relativo, porém, observa-se que há elementos que atravessam todos ou grande parte deles: nove estudos consideram a equidade um princípio normativo; 36 estudos mencionam a oportunidade como forma de equidade e, desses, treze referem-se a oportunidades iguais e cinco a oportunidades justas; todos os 42 estudos mencionam a justiça (no sentido de *justice* e *fairness*) como pertinente à equidade; e, todos os 50 estudos mencionam elementos sociais (entendidos como fora da área da saúde) na análise da equidade em saúde.

Na interpretação dos estudos inseridos no domínio temático do conceito epistemológico, pode-se afirmar que há três linhas gerais de definição: (i) a eliminação das

diferenças de saúde em razão de serem evitáveis e injustas (WHITEHEAD, 1992); (ii) a ausência de diferenças de saúde em razão de serem sistemáticas e potencialmente curáveis (MACINKO; STARFIELD, 2002); e, (iii) a eliminação das disparidades de saúde em razão da sua associação a desvantagens sociais e de serem sistemáticas (BRAVEMAN, 2006). Whitehead e Braveman e Gruskin também ressaltam o objetivo da equidade por oportunidades justas (WHITEHEAD, 1992) ou iguais (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2002), destacando o caráter ético e moral do termo (no sentido de justiça distributiva para Braveman e Gruskin). As diferentes formas de caracterizar as diferenças ou disparidades de saúde (como evitável, injusta, curável, sistemática, associada às desvantagens sociais) são analisadas de diferentes formas pela literatura, pois requer não apenas o entendimento do significado dessas características, mas também de suas relações causais. No entanto, os elementos de justiça, moral, ética e oportunidades perpassam pela literatura analisada de maneira geral, bem como a equidade entendida como uma forma de “combate às diferenças/disparidades de saúde”, seja pela eliminação total ou por sua redução.

Ainda analisando as definições epistemológicas, nota-se a importância dada à terminologia na conceituação de equidade em saúde. Na referência da distância entre o nível mais alto de saúde e os abaixo, Whitehead (1992) utiliza os termos diferenças e disparidades de saúde, ao passo que Braveman (2006) utiliza disparidades e desigualdades de saúde. Para Whitehead, o termo desigualdade pode gerar uma interpretação ambígua e para Braveman, o termo diferença relaciona-se à variação de níveis de saúde por fatores imutáveis. A iniquidade em saúde consiste, portanto, em diferenças ou disparidades evitáveis e injustas para Whitehead e disparidades ou desigualdades sistemáticas associadas a desvantagens sociais para Braveman. Tal diferenciação na terminologia não é objeto de muita atenção na literatura analisada, com exceção dos autores que a mencionam em referência às autoras. Nota-se, no entanto, que a literatura nacional utiliza o termo desigualdade com um cunho negativo, no sentido de estar relacionado a uma posição inferior ou de desvantagem.

Os estudos incluídos no segundo bloco temático tomam um dos elementos apresentados pelas autoras do primeiro como central: a justiça. Ressalta-se que a utilização do termo justiça associa-se às noções de ética e moral, não de justiça formal do Direito. Conforme visto no início do capítulo quarto, as teorias de Aristóteles e Rawls são algumas das bases para a compreensão da relação entre justiça e equidade. Apesar da distância temporal entre esses dois autores, é possível afirmar que a teoria de Rawls utiliza-se do pensamento aristotélico de

diferenciação entre justiça e equidade. As evidências da importância dessas duas teorias podem ser observadas nos próprios estudos selecionados. Dos sete trabalhos desse domínio, seis utilizam a teoria de John Rawls como referencial teórico (AZEVEDO, 2013; CORGOZINHO; OLIVEIRA, 2016; MOONEY; JAN, 1997; RIBEIRO, C. D., 2016; SEN, 2002; VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009) e cinco citam o pensamento de Aristóteles (AZEVEDO, 2013; CORGOZINHO; OLIVEIRA, 2016; RIBEIRO, C. D., 2016; SEN, 2002; VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009), no tocante à equidade como forma de justiça corretiva. Perelman, por sua vez, também revisado na análise da equidade em outros campos do conhecimento, foi mencionado em um artigo (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009), pela sua teoria de justiça como distribuição de igualdade (“a cada qual a mesma coisa”).

Além dessas bases teóricas, os autores que entendem a equidade em saúde como uma forma de justiça adicionam outros elementos às suas análises no “combate às diferenças/ desigualdades de saúde”. Ribeiro (2016) argumenta que a superação de desigualdades deve ser “entre aqueles que alcançaram e os que não alcançaram a *igualdade pretendida*” (RIBEIRO, 2016, p. 112, grifo da autora), sendo esse termo relacionado ao que se pretende alcançar com a justiça. Essa ideia baseia-se no pensamento de Sen de que a igualdade deve ser pensada no espaço avaliativo (onde a igualdade deve ser aplicada) e no objeto de valor que deve ser igualado. Corgozinho e Oliveira (2016) defendem que essas desigualdades injustas estão associadas a *fatores que estão fora do controle individual*, logo, deve-se aumentar as oportunidades por meio da priorização dos grupos que sofrem esse tipo de injustiça. Azevedo (2013) destaca como objetivo da equidade, além da justiça social, a *solidariedade*, dada a concepção de sociedades de matizes humanistas. Sen (2002) defende que a equidade em saúde deve ser pensada em termos de justiça social nos *arranjos sociais*. Já, Mooney e Jan (1997), consideram que a justiça na equidade deve ser vista por meio de processos. E Jardimovski e Guimarães (1993), por fim, argumentam que o elemento de justiça social na equidade deve ser analisado por meio dos diferentes *valores de cada organização socioeconômica*, os quais definem a própria noção de justiça social.

É possível observar como esses elementos de análise introduzidos pelos autores associa a equidade em saúde e as desigualdades de saúde a aspectos sociais, que são configurados pelos valores de cada sociedade e por seus arranjos sociais. A equidade em saúde enquanto conceito normativo relacionado à justiça depende de normas sociais. No entanto, tais normas

variam conforme a sociedade, assim como seus valores. O elemento do não controle pelo indivíduo também corrobora com a ideia de que a análise da equidade em saúde não se insere no nível micro individual, mas está diretamente relacionada ao contexto em que se encontra o indivíduo. Isso também remete à ideia de igualdade pretendida no sentido de que se deve pensar o contexto e realidade sociais para compreender sobre qual objeto de valor a equidade se foca, e em que espaço essa igualdade pretendida é aplicada.

O domínio temático do acesso como elemento central na equidade em saúde apresenta uma perspectiva diferente. Também considera princípios de justiça, com base nos quais, se deve optar por uma discriminação positiva para a superação das desigualdades injustas, como defendem Assis e Jesus (2012). No entanto, por tomar o acesso como unidade de análise no conceito de equidade, os estudos apresentam elementos mais operacionais e organizacionais do que os trabalhos com foco na justiça social, de elementos mais abstratos. Os trabalhos de Assis e Jesus (2012), e Sanchez e Ciconelli (2012) se complementam ao analisar as diferentes formas de concepção de acesso por meio de suas várias dimensões. Sendo o acesso um dos componentes de equidade em saúde amplamente considerados no estudo do tema, os autores apontam para o equívoco de analisá-lo apenas por questões de chegada no serviço de saúde ou entrada no sistema de saúde. Além das dimensões materiais do acesso, mais comumente levantadas na literatura, Sanchez e Ciconelli destacam suas dimensões imateriais. As autoras defendem que a equidade em saúde é uma variável cultural, sendo determinada por indicadores de processos e resultados das dimensões materiais e imateriais do acesso. Gusmano, Weisz e Rodwin (2009), por sua vez, apontam para a importância do acesso como forma de mensuração de equidade em saúde. Argumentam que a cobertura universal, na qual todos têm acesso ao sistema de saúde, é insuficiente para eliminar as iniquidades de acesso. Assim, faz-se necessário combinar a equidade com a universalidade a fim de eliminá-las.

Essa relação é fortemente enfatizada no próximo domínio temático sobre o direito à saúde e a democracia. Todos os artigos desse domínio são produções nacionais, logo, os autores relacionam a equidade ao SUS e seus princípios orientadores de universalidade, integralidade e igualdade. Barros e Souza (2016) definem a equidade como um “elemento de diferença dentro de um espaço da cidadania, que é um espaço de igualdade” (BARROS; SOUZA, 2016, p. 11), que visa atingir a igualdade de oportunidade. Essa definição pode ser relacionada tanto à ideia aristotélica de correção por meio da equidade de situações de igualdade que geram injustiças,

quanto ao pensamento de Sen do objetivo da igualdade em um espaço avaliativo - nesse caso, o que deve ser igualado é a oportunidade e o espaço avaliativo é a cidadania. O autor defende que é necessário inserir a equidade na igualdade para se atingir o universal, dois dos princípios do SUS. Como a universalidade tende comumente a se desdobrar em uma homogeneização, diluindo as diferenças, é necessário inserir a equidade para considerá-las. Em razão disso, os autores afirmam que um sistema universal não deve ser homogêneo, mas equitativo. Assim como Souto *et al.* (2016), que consideram a equidade como fundamental para a garantia da universalidade da saúde, Barros e Souza partem do pressuposto de que a saúde como um direito social requer o exercício da cidadania para ser realizada enquanto tal, visto que a participação dos indivíduos na sociedade política se realiza por meio de sua inserção como cidadãos.

Souza (2008), que define a equidade como o respeito ao direito de que todos são iguais, compartilha dessa ideia, afirmando que a igualdade antecede a equidade: primeiro, é preciso “garantir para todos” e, assim que todos estão garantidos igualmente, é preciso dar condições diferenciadas (entendidas como priorização) para que se consolide a universalidade. O autor relaciona ainda esta relação com o princípio da integralidade. Ao passo que o universal é “para todos”, o integral é “tudo” e sua soma dá forma à essência do SUS de “tudo para todos”. Souza ressalta, no entanto, que é preciso haver comprometimento e defesa pelo SUS para que isso se consolide, o que é possível apenas pelo exercício da cidadania, que resulta do nível de consciência política da sociedade.

Coelho (2010) segue a mesma linha, definindo a equidade como uma desigualdade justa. Afirma que, com base na igualdade, deixa-se de ofertar mais aos menos favorecidos diante do direito igual para todos, o que aponta para um foco na demanda não na necessidade. Como todos têm direito a tudo, torna-se difícil definir o que não ofertar dados os recursos limitados, o que pode ser observado nos procedimentos caros de pouco impacto enquanto o foco deveria ser na APS. A insuficiência financeira estatal, somada às desigualdades socioeconômicas e a fragmentação institucionais são os motivos que levam à persistência de iniquidades. Na relação da equidade com a democracia, o autor afirma que o setor da saúde é democrático, mas isso não traz necessariamente equidade. Assim, as iniquidades persistentes são pertinentes a questões distributivas, não de democracia.

Apesar de compartilharem o mesmo pensamento na relação entre equidade, universalidade, direito à saúde e cidadania, os autores divergem quanto à democracia. Além de

Coelho, Souto *et al.* também afirmam que há democracia no setor da saúde e participação social no SUS, que foi um dos mecanismos que levou à ampliação da cidadania e ao Brasil como um “Estado Social”. Souza, no entanto, afirma que, apesar dos avanços em termos de equidade por meio de políticas públicas, ainda há uma falta de participação social em razão da falta de comprometimento com o SUS. Essa falta de comprometimento, que, como aponta o autor, reflete na parcela da população com condições financeiras para pagar um plano de saúde privado a utilizá-lo apenas em campanha de vacinação, leva à visão de que o SUS é o sistema de saúde para a população de baixa renda.

É possível relacionar isso à atual crise do *NHS* no Reino Unido, que, assim como o SUS, encontra desafios quanto ao financiamento e gestão e passa por uma crise de superlotação. No caso do *NHS*, observou-se uma mobilização social por parte de profissionais da saúde e da sociedade civil desde o fim de 2017 por medidas governamentais para a mudança desse quadro. O mesmo não ocorre no Brasil apesar da saúde ser considerada o pior problema do país pela população brasileira desde 2016, quando superou a corrupção. Pesquisadores identificam diferentes motivos para essa diferença de mobilização social pela saúde pública entre o Brasil e o Reino Unido. Campos (2018) aponta para a implementação como principal fator para a crise do SUS, que não foi capaz de gerar um sentimento único ao redor do sistema público de saúde, e as falhas apresentadas pelo SUS, por sua vez, geram mais descomprometimento com o sistema, conformando um ciclo. Bahia (2018), por outro lado, acredita que a razão está na desintegração da coalizão que, à época da Constituinte, foi capaz de concretizar o SUS, mas hoje não existe mais. Já Jansen (2018) destaca a legitimidade social do sistema público de saúde, que cria um laço social decorrente do processo de formação do *Welfare State* nos países - tal legitimidade existe no Reino Unido, mas não no Brasil. Esses diferentes entendimentos apontam para a necessidade de considerar elementos históricos e sociais não apenas na análise dos sistemas públicos de saúde, mas também relativos à percepção da população quanto a ele, visto que ela afeta não só o desenvolvimento do sistema, mas o próprio status de saúde da população por meio da relação com o sistema público.

A interferência de elementos sociais e do contexto histórico é um dos pontos de análise centrais do domínio temático de determinantes sociais da saúde. Os estudos deste domínio são essenciais para o entendimento da equidade em saúde, pois são os determinantes sociais que configuram iniquidades de saúde. Todos os 50 estudos selecionados mencionam elementos

sociais (aqui entendidos como fatores das diversas esferas da vida em sociedade, como econômicos, políticos, ambientais, culturais, entre outros, e não apenas sociais no sentido de relações sociais entre indivíduos e grupos) como de impacto decisivo na saúde. Os estudos inseridos neste bloco temático, no entanto, fazem uma análise focada no que consistem os determinantes.

Braveman é a autora que mais contribui para o estudo dos determinantes sociais dentre os estudos selecionados, sendo responsável por três dos sete estudos desse domínio (dois em co-autoria com Gruskin). Starfield (2001) também faz contribuições importantes para a definição dos determinantes sociais e apresenta modelos de definição mais completos que o de Braveman (2010) e o de Dahlgren e Whitehead (2007). Seus estudos, todavia, estão inseridos no domínio de agenda de pesquisa, pois a autora apresenta quadros conceituais de determinantes da saúde por meio da análise da trajetória da equidade em saúde na agenda de pesquisa. Ambas as autoras apresentam outras esferas para além das propostas por Dahlgren e Whitehead (2007) e ressaltam a importância de considerar fatores políticos na configuração dos determinantes sociais, esfera deixada de lado no modelo de Dahlgren e Whitehead.

Pela análise dos estudos de determinantes sociais da saúde, é possível compreender como se dá a relação entre resultado de saúde (e seus diferentes níveis) e os fatores injusto, evitável, curável ou sistemático (como proposto por Whitehead, Braveman, Gruskin e Starfield), que configuram as iniquidades. Standing (1997) faz essa relação pela chave do gênero. Nota-se aqui que é necessário fazer uma diferenciação entre sexo e gênero. De acordo com a literatura, diferenças dadas por fatores biológicos e naturais não configuram iniquidades de saúde, como por exemplo, as maiores chances de sobrevivência e menor incidência de certas doenças em mulheres do que homens ou a menor probabilidade de aborto espontâneo de fetos femininos em relação a masculinos (SEN, 2002). Sexo é uma questão biológica e gênero é socialmente construído (GOLDENBERG, 2005). Assim, quando fatores sociais atuam sobre as questões biológicas de sexo, configuram-se elementos de gênero. Logo, diferenças de saúde relativas a gênero consistem em iniquidades de saúde. Standing, por outro lado, acrescenta que mesmo fatores biológicos devem ser tratados por uma perspectiva de equidade, por meio do argumento de identificação de necessidades específicas. A autora ressalta as necessidades de saúde da mulher relativas à biologia reprodutiva, que requerem uma discriminação positiva. Tais necessidades somadas aos determinantes sociais colocam mulheres e meninas em posição de desvantagem em relação a

homens no que tange à saúde. Um ponto importante destacado por Standing é a necessidade de considerar a mulher não apenas como usuária dos serviços de saúde, mas também no quadro de funcionários dos mesmos, visto que isso impacta nas dimensões de acesso, como apresentadas por Sanchez e Ciconelli (2012), afetando o resultado de saúde.

Braveman (2010) faz um apontamento essencial para explicar como fatores biológicos podem de fato tornar-se iniquidades em saúde. Apesar da autora enfatizar que as iniquidades de saúde são diferenças de saúde associadas a desvantagens sociais, que intensificam a situação já adversa dos grupos em desvantagem, piorando sua saúde, necessidades específicas devem também ser consideradas. Braveman chama isso de necessidades de desvantagem, que podem não estar relacionadas a causas sociais, mas ser decorrentes de um fator biológico imutável. É nesse sentido que Braveman e Gruskin, assim como Eide *et al.* (2013), associam a equidade em saúde aos princípios de direitos humanos. Braveman (2010) defende que essa relação reside nas iniquidades em saúde poderem ser causadas por discriminação intencional ou não intencional. Em ambos os casos, no entanto, essa discriminação tende a intensificar a desvantagem social e a vulnerabilidade. A teoria de Sen sobre as capacidades básicas humanas é pertinente a essa relação feita por Braveman. As iniquidades de saúde não devem afetar as capacidades básicas dos indivíduos de realizarem atividades e funcionarem na sociedade. A proposição de Whitehead de que, idealmente, todos devem ter uma oportunidade de obter seu maior potencial de saúde e que ninguém deve estar em desvantagem de alcançar esse potencial, se evitável (WHITEHEAD, 1992, p. 7) reforça essa ideia. Assim, pode-se observar que, além de grupos socialmente em desvantagem, os autores deste domínio temático também inserem grupos em desvantagem por determinações biológicas, como pessoas com deficiência e mulheres (CARRAPATO *et al.*, 2017; EIDE *et al.*, 2013, RITSATAKIS, 2009) como foco da equidade.

Ao analisarmos os diagramas apresentados pelos Braveman (2010), Starfield (2001) e Dahlgren e Whitehead (2007) dos determinantes da saúde (FIGURAS 2, 3, 5 e 6), é possível observar que esferas do nível individual (como características biológicas e genéticas, comportamento individual e características familiares) e de níveis mais distais (como características econômicas, sociais, políticas e ambientais) impactam no nível de saúde dos indivíduos. Partindo do nível micro, os fatores constitucionais compreendem idade, sexo e fatores genéticos, que se relacionam aos estilos de vida individual, por sua vez, inseridos em redes sociais e comunitárias. No nível macro, observa-se o contexto político, que determina as políticas

(no sentido de política jurisdicional) ambiental, social, econômica e de saúde, que são políticas estruturantes. Tais políticas configuram as características ambientais, culturais e comportamentais, psicossociais e de saúde, e os recursos materiais e sociais, que determinam as condições de vida e de trabalho dos indivíduos. Esses dois níveis se convergem e se inter-relacionam. Do mesmo modo como as políticas estruturantes determinam as características das condições de vida e trabalho dos indivíduos, as características familiares e comunitárias impactam nos fatores individuais de genética e comportamento e são afetadas pelas condições de vida e trabalho. A combinação de todos esses fatores, por sua vez, tem impacto na saúde, sendo alguns de impacto direto e outros indireto.

Como a literatura aponta, os comportamentos sociais podem ser tanto livremente escolhidos como condicionados, ou seja, estilos de vida restritos podem levar a decisões por comportamentos prejudiciais à saúde. Novamente, neste ponto a noção de capacidades básicas de Sen é relevante, visto que tomar decisões e fazer escolhas requer a satisfação de capacidades básicas individuais. Assim, a diferença de saúde resultante de uma decisão livremente escolhida com a consciência de que é prejudicial à saúde não consiste em uma iniquidade, como por exemplo as atividades esportivas radicais de alto risco. Por outro lado, o comportamento individual prejudicial à saúde condicionado pelos estilos de vida corresponde a mecanismos de restrição, como por exemplo falta de informação acerca do comportamento prejudicial ou indisponibilidade de recursos para ter um estilo de vida saudável. É por esse motivo que o comportamento individual não pode ser descolado dos demais fatores (ambiental, cultural, político, de saúde, econômico e de recursos materiais e sociais). Apesar de não condicionados, mesmo comportamentos de risco, como o exercício de esportes radicais, estão relacionados às demais esferas da vida, visto que os grupos sociais que exercem tais atividades consistem, em geral, de pessoas de alta renda. Do mesmo modo, a escolha individual por consumo de tabaco e álcool também se relaciona às características de condições de vida que determinam os comportamentos.

Essa interdependência aponta para uma importante observação: não é possível analisar os determinantes sociais de forma linear. Trata-se de um ciclo, determinado por trajetórias e perpetuado ao longo do tempo. Indivíduos que nascem em uma família de baixa renda, inseridos numa comunidade em região periférica de infraestrutura precária, têm condições de vida determinadas pelas características desse ambiente: carência de recursos materiais e

sociais, como ausência de formas de socialização e lazer, escassez de transporte, de serviços, e de recursos de necessidade básica, ambiente insalubre, e violência - elementos que, por sua vez, se relacionam às características comportamentais, culturais e psicossociais. Braveman e Gruskin (2014) (assim como Jarris *et al.*, 2015 e Dahlgren e Whitehead, 2007 em menor escala) contribuem para esse entendimento com a perspectiva de curso de vida, que aponta como as condições de vida e trabalho são geradas ao longo do tempo e determinadas por gerações. Por isso, não se deve examinar apenas as condições durante a vida de um único indivíduo, muito menos as condições de vida em somente um determinado momento. Como seu estudo de relação entre pobreza e saúde (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2003) destaca, a pobreza é perpetuada ao longo das gerações, assim como o racismo por meio de instituições e privilégios (JARRIS *et al.*, 2015), afetando diretamente a saúde, e, por isso, mecanismos de equidade são necessários para interromper esses ciclos.

A configuração dos determinantes da saúde em ciclos é entendida pelos estudos do domínio temático de estrutura de poder. Poucos são os textos da revisão sistemática que mencionam esse fator, possivelmente por ele estar inserido no nível mais distal e a literatura dos determinantes da saúde focar-se no indivíduo, conforme Starfield (2001) aponta. No entanto, seu impacto afeta toda a cadeia de fatores dos determinantes da saúde. Barreto (2017) e Navarro (1999) destacam essa estrutura de poder no nível mais macro, dado pela globalização – a diferença temporal entre esses estudos aponta para a persistência desse fenômeno. Navarro destaca que a origem das desigualdades em saúde reside nas relações de dominação e exploração nas estruturas de poder, entendidas pelo processo de globalização e pelas relações de classe no interior dos países. Barreto, apesar de quase 20 anos passados, destaca como a ordem social e econômica global ainda é marcada por desigualdades entre as nações e dentro delas. Já Lindbladh *et al.* (1998) enfatizam como essas relações de classe estão inseridas em uma estrutura social com posições de poder. A consideração desses elementos na composição do conjunto dos determinantes é essencial, pois, conforme Lindbladh *et al.*, ao mesmo tempo que as desigualdades surgem em razão dessas diferentes posições, as políticas públicas de equidade que devem tratar tais desigualdades se baseiam em julgamentos daqueles que também ocupam posições de vantagem nessa estrutura, como a elite política e econômica. Esse julgamento, por sua vez, está associado aos valores e visões dessa classe. A classe que ocupa o topo da estrutura

social é caracterizada por privilégios, ou seja, são grupos que recebem benefícios não merecidos e cuja perspectiva é moldada pelos frutos desses benefícios não merecidos (JARRIS *et al.*, 2015).

Essas relações de poder são a causa da perpetuação das desigualdades de saúde em ciclos. Assim, a consideração de desvantagens históricas na configuração dos fatores dos determinantes da saúde é fundamental para seu entendimento. É nesse sentido que diversos estudos da literatura ressaltam a priorização de grupos *historicamente* marginalizados, como forma de alcançar a equidade. Isso pode ser entendido também pela chave da justiça social, que considera os valores de cada organização socioeconômica e os arranjos sociais como determinantes para a compreensão da equidade. Paralelamente, o tema do direito à saúde e democracia também tem esse ciclo como pressuposto na análise da equidade em saúde, pois os valores da sociedade e seu nível de consciência política impactam diretamente no exercício da cidadania e na busca pela equidade para a garantia do direito à saúde – e os valores de uma sociedade estão relacionados a uma série de fatores inseridos em um processo histórico.

Observa-se, portanto, que a complexidade da composição dos determinantes da saúde vai desde o nível micro do cromossomo sexual até o nível macro de globalização em uma perspectiva de ciclos. Certamente, torna-se inviável a consideração de todos os elementos dos determinantes da saúde e recortes são necessários tanto para sua compreensão quanto para a aplicação da equidade em saúde. Starfield (2001) destaca que é impossível exigir que as iniquidades em saúde sejam determinadas por uma única característica e que não se pode determinar qual conjunto de características tem maior influência na sua configuração. Nesse sentido, torna-se fundamental ter uma visão geral dos diversos elementos que compõem os determinantes da saúde. A fim de sintetizar todos esses componentes dos determinantes da saúde apresentados, desenvolveu-se um diagrama (FIGURA 7) que combina as proposições de Braveman (2010), Starfield (2001) e Dahlgren e Whitehead (2007), além de elementos apontados na revisão sistemática da literatura como influências no nível de saúde dos indivíduos.

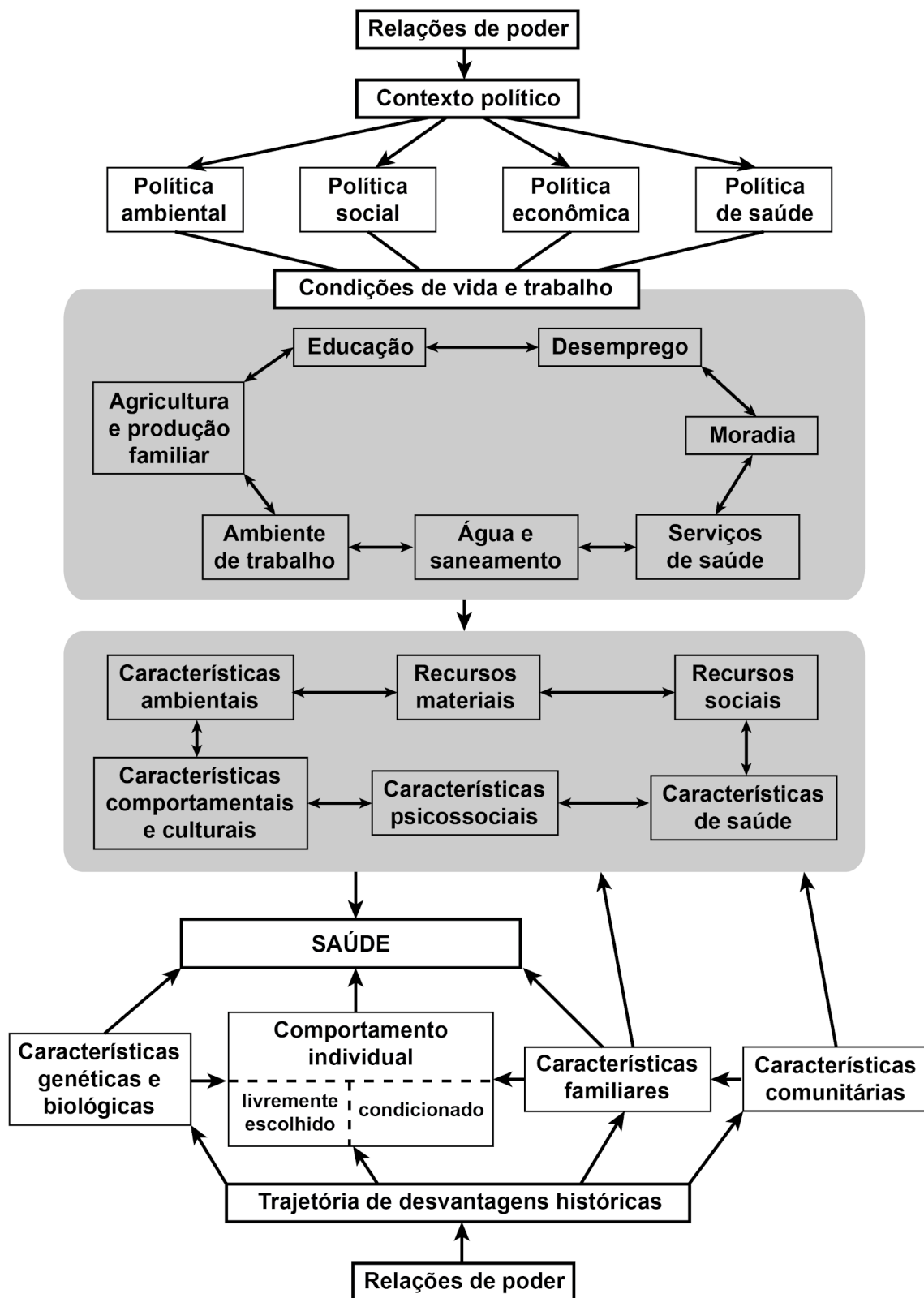


Figura 7 – Os determinantes da saúde

Fonte: Elaboração própria a partir de BRAVEMAN (2010); STARFIELD (2001); DALHGREN; WHITEHEAD (2007) e resultados da revisão sistemática da literatura.

Os diagramas propostos por Braveman (2010), Starfield (2001) e Dahlgren e Whitehead (2007) apresentam importantes contribuição para o entendimento dos determinantes da saúde. As propostas de Braveman (2010) e Dahlgren e Whitehead (2007), no entanto, não inserem o elemento político nos determinantes sociais. Braveman considera apenas as políticas públicas (*policies*), mas não a política (*politics*), que se relaciona diretamente à primeira. Dahlgren e Whitehead (2007) consideram apenas as condições gerais socioeconômicas, culturais e ambientais no nível mais distal. Starfield (2001), por sua vez, aponta para essa falha na literatura, que dá pouco foco ao contexto político. Os diagramas apresentados por ela, consideram não apenas o contexto político, mas as políticas nas diferentes dimensões (ambiental, econômica, política e social), que por sua vez impactam e determinam as condições de vida. O que a autora não considera, todavia, são as formas como os níveis macro e micro são determinadas. Assim, por meio da revisão sistemática da literatura (em especial pelos estudos dos domínios de justiça social, direito à saúde e estruturas de poder), identificou-se que os diagramas desses autores não inserem as estruturas sociais em uma perspectiva histórica e as trajetórias dos grupos populacionais dentro dessa estrutura como fatores macro distais nem como fatores anteriores às características individuais, familiares e comunitárias, no nível micro.

Tais elementos são essenciais, pois afetam toda a cadeia de fatores intermediários, impactando no nível de saúde. A posição socioeconômica baseada em raça, etnia, gênero ou outra categoria social sofre influência das políticas estruturais no nível macro, o que coloca os grupos que ocupam posições inferiores dentro da estrutura social em vulnerabilidade, afetando suas condições de vida e trabalho e todas as características envolvidas nessas condições, que por sua vez, impactam na coesão social e o nível de capital social no nível intermediário. Essas diferentes posições dentro da estrutura social estão relacionadas a relações de poder, as quais estão inseridas em uma perspectiva histórica e de trajetórias. Apesar desses elementos estarem mais distante do resultado de saúde dos indivíduos, eles não devem ser desconsiderados como um fator de influência, pois, conforme a literatura apresenta, essas posições tendem a ser perpetuadas, ou seja, aqueles que sofrem as iniquidades de saúde por estarem em desvantagem são colocados em situação de maior desvantagem ainda (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2002; BRAVEMAN, 2006).

Como é possível observar, o tema dos determinantes da saúde compreende elementos de todos os temas analisados na revisão sistemática, o que aponta que a definição da equidade depende do entendimento dos determinantes da saúde. Já o domínio de políticas, programas, ações e práticas de equidade fornece formas de, tanto identificar a concretização das relações entre os componentes dos determinantes sociais, como aplicar a equidade em saúde nessas configurações. Alguns dos estudos revisados neste domínio apresentam avaliações de programas de equidade em saúde, apesar de estudos de caso e avaliação de políticas públicas terem sido excluídos com base nos critérios de exclusão da revisão sistemática. No entanto, os estudos que fazem esse tipo de análise e foram incluídos na seleção apresentam também considerações e indicações de componentes essenciais na formulação de políticas públicas de equidade.

Dean *et al.* destacam a necessidade de liderança, diversidade na força de trabalho (ponto também destacado por Standing (1997) como forma de representatividade e acessibilidade) nas estruturas de instituições de saúde públicas que visem a equidade. Taylor (1992) aponta para o foco na APS, o entendimento da realidade local e a participação social, assim como destaca Starfield (2001), como medida de equidade em saúde. Hall *et al.* (2016) destacam a importância de incluir tanto políticas focadas, como mais gerais, em todos os níveis (federal, estatal e local), além da existência de um quadro de determinantes sociais da saúde que possa guiar a aplicação da equidade em saúde, como o apresentado pelos autores da Comissão dos Determinantes da Saúde da ONU. Granja *et al.* (2013) destaca a importância da compreensão do conceito de equidade por gestores no SUS, visto que diferentes entendimentos implicam em formulação de políticas diferentes. Diversos autores desse domínio destacam a importância da coleta de dados, da classificação dos subgrupos em recortes múltiplos e a necessidade de compreender a realidade local para intervenções no nível comunitário.

Na análise do conjunto de domínios temáticos e o peso de cada um na definição da equidade em saúde, observa-se que os temas são complementares. Evidentemente, o domínio epistemológico apresenta as bases para a definição do conceito, que sofre mudanças ao longo da literatura, mas ainda mantém os elementos de oportunidade, moral, justiça e ética. Possivelmente o tema de maior impacto é o relativo a determinantes sociais. Conforme exposto, os determinantes sociais são mencionados nos 50 estudos selecionados (com terminologias variadas). E é nesse domínio que os demais se convergem. Já os últimos domínios são um pouco distintos. Os estudos sobre políticas, programas, práticas e ações de equidade contribuem para

tornar a definição de equidade mais palpável por meio da exposição de formas concretas de aplicação da equidade, apresentando evidências e propondo recomendações. Tais estudos são de extrema relevância, pois, assim como eles mesmos apontam, a pesquisa sobre políticas de equidade em saúde deve ser contínua. O acúmulo de conhecimento e evidências das relações entre os determinantes sociais da saúde e as iniquidades de saúde é, em si, uma forma de buscar a equidade em saúde, pois contribui para o desenvolvimento e aprimoramento de novas pesquisas e práticas. O domínio sobre agenda de pesquisa e produções científicas, além de auxiliar na compreensão do percurso da equidade ao longo do tempo, faz tanto questionamentos sobre onde o debate sobre equidade em saúde se encontra, quanto apontamentos sobre para onde ele caminha.

5.2. Quadro conceitual da equidade em saúde

A análise e a interpretação dos estudos selecionados na Revisão Sistemática resultou no desenvolvimento de um quadro conceitual da equidade em saúde (FIGURA 8). Para compreender o conceito de equidade em saúde, é preciso observar, primeiramente, como os resultados de saúde são determinados, o que envolve dois conjuntos: os determinantes médicos e os determinantes da saúde - nota-se que, para o quadro conceitual, optou-se pelo uso do termo determinantes da saúde (não determinantes *sociais* da saúde) a fim de evitar ambiguidade quanto às suas dimensões, que além da social, compreendem outras. Neste ponto, é importante destacar que, assim como propõe Braveman (2010) e Starfield (2001), os determinantes da saúde também incorporam os determinantes médicos, conforme apresentado no diagrama “Determinantes da saúde” (FIGURA 7). Os determinantes médicos devem ser vistos de forma dialética: a perspectiva da unidade corresponde ao sistema de saúde como um todo, e essa unidade constituindo um conjunto corresponde às variáveis “Política de saúde” e “Serviços de saúde” inseridos no conjunto “Determinantes da saúde”. Assim, para a análise da equidade, é necessário examinar os determinantes médicos enquanto uma unidade em si, mas também não se deve tirá-los do conjunto dos determinantes da saúde, visto que suas variáveis são inter-relacionadas e interdependentes.

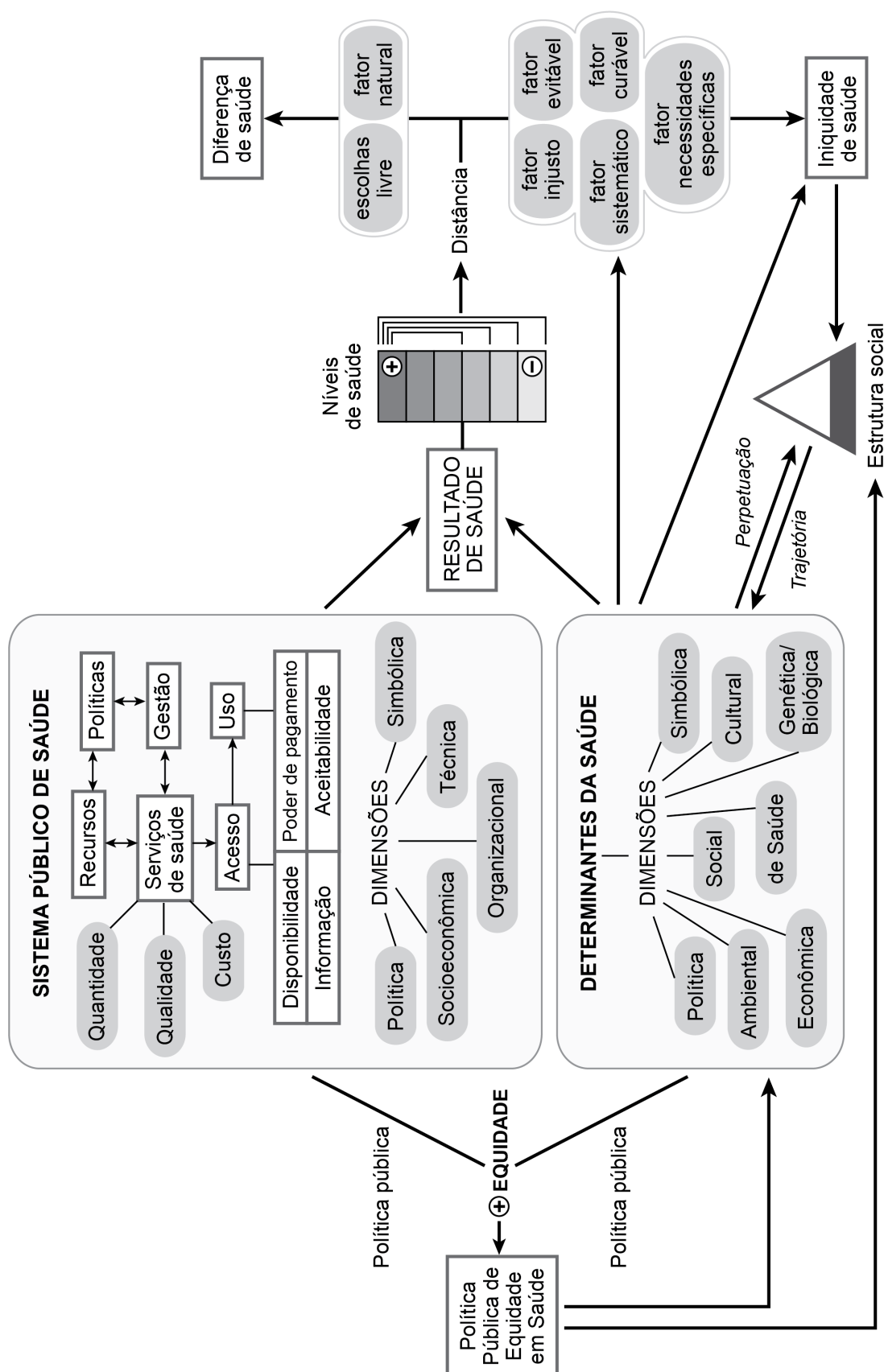


Figura 8 – Quadro conceitual da equidade em saúde

Fonte: Elaboração própria a partir dos resultados da revisão sistemática da literatura.

* Os determinantes da saúde correspondem diagrama “Determinante da saúde” (FIGURA 7)

Dados os dois conjuntos que determinam o resultado de saúde, é necessário fazer um parêntese para destacar que a unidade de análise do quadro conceitual são grupos populacionais. A revisão sistemática aponta que grande parte da literatura se foca nas variáveis individuais para analisar os determinantes de saúde, no entanto, as variáveis comunitárias e mais distais também devem ser incorporadas pois afetam a saúde dos indivíduos, mesmo que indiretamente. A equidade em saúde é vista sob uma perspectiva comparativa (HALL *et al.*, 2016), ou seja, para identificar a existência de iniquidades de saúde, é preciso observar a lacuna entre dois pólos no que tange à saúde. Apesar de ser possível utilizar o estudo de equidade para analisar a diferença de saúde entre dois indivíduos unitários, para propósitos de elaboração de evidência e formulação de política pública, o estudo deve ser feito pela agregação de indivíduos, que configura a saúde das populações. O recorte para a definição de tais grupos populacionais pode ser realizado de inúmeras formas e diferentes níveis de abrangência. Como apontam os estudos de políticas de equidade em saúde (CAR-HILL, 2014; DEAN *et al.*, 2016; PENNMAN-AGUILLAR *et al.*, 2016; RICHARDSON, 2015), evidências empíricas e uma sistematização de dados coletados contribuem para definir esses recortes ao apresentarem relações de causalidade entre os determinantes da saúde (médicos e não médicos) e os resultados de saúde, o que possibilita o desenvolvimento do estudo de equidade em saúde e o surgimento de novos fatores e variáveis a serem considerados (STARFIELD, 2001).

De volta à análise dos componentes do quadro conceitual, o conteúdo do conjunto “Determinantes da saúde” não será analisado novamente, visto que já o foi na subseção anterior. Já o conjunto dos determinantes médicos foi categorizado como “Sistema público de saúde” em razão das evidências apresentadas pela literatura de que a equidade é um princípio inerente à esfera pública (BRAVEMAN, 2006; STARFIELD, 2001; DUARTE, 2000). Assim, as interferências do setor privado não foram inseridas neste conjunto - no entanto, elas devem ser consideradas dentro das variáveis relativas à saúde no conjunto “Determinantes da saúde” (“Política de saúde” e “Serviços de saúde”), visto que a presença (forte ou fraca) do setor privado nesse âmbito gera grande impacto nos resultados de saúde, como os estudos do domínio temático do direito à saúde e democracia apontam (BARROS; SOUZA, 2016; SOUZA, 2008).

Assim, dentro do conjunto “Sistema público de saúde”, estão presentes os elementos que o compõem: recursos, políticas, gestão e serviços de saúde. Com base na literatura analisada e para propósitos de equidade, destacam-se três fatores dos serviços de saúde: quantidade,

qualidade e custo (LANE *et al.*, 2017). De acordo com a revisão sistemática, o componente dos serviços de saúde de maior relevância para a equidade é o acesso, que é um condicionante do uso do serviço de saúde. Ambos os componentes são determinados pelas quatro dimensões de disponibilidade, poder de pagamento, informação e aceitabilidade (SANCHEZ; CICONELLI, 2012), as quais por suas vez, são definidas pelas inter-relações de dimensões ascendentes (política, socioeconômica, organizacional, técnica e simbólica) (ASSIS; JESUS, 2012).

A combinação dos conjuntos “Sistema público de saúde” e “Determinantes da saúde”, nos mais diversos arranjos, leva ao resultado de saúde, que, por sua vez, consiste de diferentes níveis de saúde. Deve-se tomar como parâmetro o maior deles dentro do corte populacional, visto que, de acordo com a literatura, a equidade visa diminuir a diferença entre os níveis de saúde por meio da melhoria daqueles com o pior nível, não pela redução do nível de saúde daqueles em situação ótima (BRAVEMAN, 2006; MACINKO; STARFIELD, 2001). Assim, pela distância entre o nível ótimo e os abaixo, identifica-se a diferença de saúde. Essa diferença torna-se uma iniquidade em razão de fatores injustos, evitáveis, curáveis, sistemáticos ou de necessidades específicas, como os autores do domínio temático de conceito epistemológico definem (BRAVEMAN; 2006; BRAVEMAN; GRUSKIN, 2002; MACINKO; STARFIELD, 2002; WHITEHEAD, 1992). Tais fatores, todavia, são tanto abstratos quanto relativos. Para compreendê-los, é necessário referenciar à literatura dos domínios temáticos de justiça social, determinantes sociais e estrutura de poder.

É por meio da atuação dos determinantes da saúde nas diferenças de saúde que fatores injustos, evitáveis, sistemáticos ou de necessidades específicas configuram iniquidades de saúde. Conforme a interpretação dos dados da revisão sistemática, os estudos relativos à justiça social apresentam as ideias “fatores que estão fora do controle individual”, “valores de cada organização social”, “solidariedade”, “arranjos sociais” e “igualdade pretendida”. Esses elementos podem ser utilizados para compreender como os determinantes sociais atuam de forma injusta ou sistemática sobre as diferenças de saúde. Os valores de cada organização social, sendo a solidariedade um desses valores e que requer compromisso social (SOUZA, 2008), podem ser associados a diversos componentes dentro do diagrama dos determinantes sociais. Uma política social de *welfare* forte é um dos elementos que podem gerar esse sentimento de solidariedade e coesão social (NAVARRO, 1998). Do mesmo modo, uma política de saúde que toma a saúde como um direito também pode gerar solidariedade nesse âmbito, assim como a noção de

igualdade pretendida - o objeto de valor a ser igualado varia com os valores e o espaço de cada sociedade.

Em uma análise no nível intermediário, arranjos sociais marcados por uma forte desigualdade de renda configuram diferentes condições de vida e trabalho, que por sua vez, resultam em diferenças no resultado de saúde. Ou arranjos sociais urbanos com segmentação espacial, como, por exemplo, concentração de serviços em áreas centrais e carência dos mesmos em áreas periféricas, também têm impacto na saúde. Já no nível individual, fatores que estão fora do controle individual podem ser vistos por meio de comportamentos condicionados, como alimentação deficitária de nutrientes em razão de condições limitantes (como pobreza, falta de disponibilidade ou falta de informação). Os termos identificados nos estudos de justiça social contribuem tornar as noções de injusto, evitável, sistemático ou curável mais palpáveis.

Pela perspectiva das estruturas de poder, as relações de poder configuram trajetórias de desvantagens históricas e perpetuam as desigualdades tanto no nível micro quanto macro, sendo também uma das causas das iniquidades de saúde sistemáticas. As relações de poder aqui devem ser entendidas pelas diferentes posições que os indivíduos ocupam na estrutura social. Tais posições colocam-nos em situações de vulnerabilidade, que se expressam no acesso fragilizado a condições de vida e trabalho necessárias para uma vida saudável. A determinação das políticas pela elite política, como destacam Lindbladh *et al.* (1997), marcada pelos valores e visões dos que ocupam essa posição, geram impactos descendentes até o nível individual. Relações de poder não se restringem apenas à perspectiva de política *top-down*, podendo ser analisadas em qualquer tipo de estrutura social. Relações de poder históricas, como a racial e a de gênero, colocam negros e mulheres em posição de desvantagem, não só na saúde, mas em diversos âmbitos da vida.

Dentre os fatores que atuam na diferença em saúde transformando-a em iniquidade, é importante ressaltar o fator “necessidades específicas”, o qual é apresentado apenas por Braveman (2010), por meio das necessidades de desvantagem, conforme explicado na seção anterior. Whitehead (1992) não considera a diferença de saúde dada por um fator biológico/natural como iniquidade e menciona a necessidade apenas na análise da equidade na atenção à saúde (igual acesso para serviço disponível para igual necessidade e igual utilização para igual necessidade). No entanto, as necessidades específicas não são tratadas apenas por equidade na atenção à saúde. Não são só fatores socialmente determinados que geram iniquidades

de saúde (BRAVEMAN, 2010). Há fatores biológicos que também podem ser tratados pela equidade, pois consistem de necessidades específicas, mesmo sendo imutáveis.

Uma criança que nasce com microcefalia tem uma condição imutável que a coloca em desvantagem em relação a uma criança sem essa condição. No entanto, pode-se inserir a chave da equidade tanto numa análise *a priori* quanto *a posteriori*. Apesar da microcefalia não ter uma causa única identificável, a presença do vírus zika na mãe é uma causa potencial. Pela chave da equidade, pode-se questionar se a infecção da mãe pelo vírus foi causada por um determinante social, como falta de informação sobre a infecção ou local de moradia com focos de proliferação de mosquito transmissor, que poderiam ter sido prevenidas por campanhas de saúde pública. Por outro lado, dada a condição da microcefalia, políticas de equidade em saúde podem amenizar os efeitos adversos dessa desigualdade de saúde, por meio de um conjunto de esforços intersetoriais para que a criança possa crescer e se desenvolver e gerar capacidades (no sentido proposto por Sen) para usufruir de alguma forma de bem-estar. É nesse sentido que políticas de equidade em saúde também consideram as pessoas com deficiência como um dos grupos que devem ser priorizados (EIDE *et al.*, 2013; RITSATAKIS, 2009). Em casos nos quais a deficiência decorre de fatores genéticos, políticas de equidade em saúde podem diminuir as desvantagens desse grupo populacional por meio de ações que atendam às suas necessidades, como instrumentos de língua brasileira de sinais (LIBRAS) e rampas de acessibilidade em serviços públicos de saúde - formas de introduzir a equidade nas dimensões do acesso.

Portanto, tais entendimentos fornecidos pela literatura acerca dos fatores injustos, evitáveis, curáveis, sistemáticos ou de necessidades especiais contribuem para a compreensão da influência dos determinantes da saúde sobre as diferenças de saúde. É nesse sentido que diferenças de saúde se tornam iniquidades. Soma-se a isso a atuação dos determinantes em saúde não apenas nas diferenças, mas nas próprias iniquidades, intensificando a desvantagem de grupos já em desvantagem, conforme apontam Braveman e Gruskin (2002). É por essa razão que as iniquidades em saúde que recaem sobre as populações em desvantagem, localizadas na base da estrutura social, perpetuam o quadro de desigualdade nos determinantes da saúde. Configura-se assim um ciclo de trajetória e perpetuação.

O rompimento desse ciclo pode ser obtido por meio da introdução da equidade nos conjuntos dos determinantes da saúde e do sistema público de saúde do quadro conceitual por meio de políticas públicas voltadas para os subgrupos que sofrem as iniquidades de saúde. Neste

ponto, é importante retornar ao diagrama dos determinantes da saúde para compreender como esse rompimento ocorre. De acordo com a literatura sobre as práticas e políticas de equidade em saúde, intervenções no nível intermediário (como as características das condições de vida e trabalho) tratam as situações de iniquidade em indivíduos já em situação vulnerável ou de desvantagem (HALL *et al.*, 2016; TAYLOR, 1992). A mudança estrutural, por outro lado, deve ocorrer nos níveis macro e mais distais, ou seja, nas políticas estruturantes (ambiental, política, social e de saúde, e no contexto político em geral), as quais configuram as características de condições de vida. Assim, para solucionar o problema (condições de vida e trabalho marcadas por vulnerabilidade e desvantagens), é preciso tratar a causa (as políticas estruturantes). A introdução de políticas públicas de equidade pode interromper o ciclo de trajetórias e perpetuação desigualdade social-iniquidade de saúde ao atuar no sistema público de saúde (como uma política estruturante em si) e nos determinantes de saúde (composto por várias políticas estruturantes). Como o sistema público de saúde, além de ser um dos conjuntos que determina o resultado de saúde, também está inserido nos componentes dos determinantes da saúde, políticas de equidade sobre esse conjunto afetam o resultado de saúde tanto diretamente (por meio do indivíduo enquanto usuário do sistema de saúde) quanto indiretamente (por meio dos determinantes da saúde), visto que os componentes dos determinantes de saúde se inter-relacionam.

O grande desafio da equidade em saúde, mas que também pode ser considerada a sua maior riqueza, é a impossibilidade de isolar um único fator determinante da saúde nas diversas dimensões latitudinais e longitudinais, materiais e imateriais. Conforme o diagrama dos determinantes sociais apresentado (FIGURA 7), todas as esferas da vida e de todos os níveis têm impacto na saúde. É por esse motivo que, inserir o princípio da equidade em políticas públicas relativas ao sistema público de saúde e aos determinantes da saúde requer um esforço conjunto, em razão da multidimensionalidade e da multidisciplinaridade de ambos os conjuntos. Apesar de políticas de equidade aplicadas no sistema público de saúde terem impactos direto e indireto no resultado de saúde, elas devem se restringir apenas ao setor da saúde.

Como as iniquidades de saúde estão relacionadas a posições dentro da estrutura social de desvantagem, que são configuradas por outras esferas da vida, sua redução requer a intervenção intersetorial nas estruturas que conformam essas posições de desvantagem e a intensificam por meio da criação de vulnerabilidade e da impossibilidade de resiliência (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2014). Políticas de equidade em saúde exigem a mobilização de

outros setores públicos em diversos níveis: há evidências de que políticas de habitação social, (apesar de parecerem muito distante dos resultados de saúde) têm impactos positivos na saúde ao liberar recursos financeiros voltados para moradia para serem utilizados em alimentação e saúde (HALL *et al.*, 2016). Do mesmo modo, como políticas de equidade no sistema de saúde, como a diversidade na força de trabalho e a mudança de pensamento dos profissionais de saúde na promoção do comprometimento com a equidade em saúde.

5.3. Reflexões sobre os resultados da revisão sistemática

5.3.1. Análise temporal e espacial

Os estudos selecionados datam de 1992 a 2017. Tanto nos resultados da busca nas bases de dados quanto nos estudos selecionados observou-se maior número de estudos mais recentes (a partir de 2010), o que também condiz com as diretrizes de agências internacionais no destaque dado ao tema, que promovem mais pesquisa na área. Conforme o domínio de agenda de pesquisa e produção científica, a equidade em saúde é um tema recente e muito amplo, o que permite seu estudo sob diversas perspectivas. Mudanças sociais, econômicas, políticas e ambientais também apresentam novos desafios para a análise de equidade, visto que configuram novos determinantes da saúde, do nível global ao local, como por exemplo os fluxos de refugiados e as mudanças climáticas.

Outro ponto destacado no domínio de agenda de pesquisa e produções científicas é a pretensão por atingir a equidade em saúde globalmente, o que leva ao questionamento de ser desejável, pelos países onde não há sistemas universais de saúde, ou viável, mesmo para países com cobertura universal. O alcance da equidade é colocado em debate por sua dificuldade de mensuração. Isso pode ser associado à mudança da terminologia utilizada nos estudos analisados. Whitehead (1992), Braveman e Gruskin (2002) e Macinko e Starfield (2002) conceituam a equidade como a ausência ou eliminação das iniquidades. Observa-se, no entanto, que os termos intermediários de redução, tratamento e superação são utilizados em estudos mais recentes. Tais

termos também são utilizados em todos os artigos de locais onde o sistema de saúde não é universal (como os Estados Unidos), visto que lá se reconhece a manutenção de certas diferenças ou disparidades de saúde em razão da atuação do setor privado do sistema de saúde. Apesar de muitos estudos ressaltarem a dificuldade de operacionalização da equidade, a viabilidade da eliminação (total) de iniquidades é uma preocupação apenas nos estudos mais recentes (FRIEDMAN; GOSTIN, 2017; LANE *et al.*, 2017). Assim, é possível relacionar esse questionamento à mudança de terminologia, ao longo do tempo.

É compreensível que a origem dos estudos de equidade em saúde selecionados se concentre no hemisfério norte, em razão de fatores relacionados ao desenvolvimento político e econômico global e à formação do Estados Sociais, iniciada nesse hemisfério. O próprio conceito de equidade em saúde desenvolveu-se e entrou na agenda marcado pelo protagonismo das agências internacionais, principalmente a OMS, na qual atuam diversos autores selecionados. Whitehead, como referência no tema e chefe do Centro Colaborativo para Pesquisa de Política Pública em Determinantes Sociais da Saúde da OMS, é do Reino Unido, país onde surgiu o modelo *beveridgiano* de saúde. Em 2018, quando o *NHS* completa 70 anos no Reino Unido, o SUS completa 30 anos no Brasil. O desenvolvimento das políticas de *welfare* e a consolidação de Estados Sociais é essencial para o entendimento da trajetória da equidade em saúde como uma preocupação na saúde pública nacional, logo, o estudo sobre o tema relaciona-se ao processo histórico dos países. Não à toa, o texto de Lindbladh *et al.*, apresenta uma avaliação das políticas de equidade em saúde na Suécia, já em 1997. Nesse mesmo ano, o SUS completava 7 anos e o Brasil estava ainda em vias de consolidar o universalismo (como afirma Souza (2008), a igualdade antecede a equidade) e tentava-se garantir para todos, para que depois de todos garantidos, dar condições diferenciadas para quem precisa mais. Assim, a equidade ainda não era uma preocupação na agenda da saúde pública brasileira.

No Brasil, o direito à saúde consolidou-se apenas em 1988. Na Lei 8.080 não há nem menção à equidade, que surge apenas no Pacto pela Saúde em 2006, como uma preocupação diante do debate internacional sobre o tema e a necessidade de inserir a equidade para a efetiva realização do universalismo (ALBRECHT *et al.*, 2017). Pode-se relacionar a isso o fato de que todos os estudos do bloco de direito à saúde e democracia serem produções nacionais - a equidade no Brasil está fortemente vinculada à noção do direito à saúde. Por esse motivo, os estudos nacionais tendem a relacionar a equidade com os princípios de universalidade,

integralidade e igualdade do SUS. Do total de estudos selecionados, as 16 produções nacionais se concentram nos domínios temáticos de acesso, justiça social e direito à saúde e democracia, e há apenas dois estudos brasileiros no domínio de políticas, programas, ações e práticas. Identifica-se que as produções de equidade em saúde sob a perspectiva do Brasil focam-se na relação entre a equidade e as desigualdades sociais e regionais da realidade do país. Assim, a análise da equidade por meio de ciclos de trajetória e perpetuação são pertinentes no Brasil.

Por outro lado, é possível observar que muitos estudos sobre equidade em saúde são elaborados por pesquisadores dos Estados Unidos, país de sistema de saúde misto, marcado por um quadro de saúde pública precário e pela mercadorização da saúde. Isso aponta para a possibilidade de formulação de políticas de equidade em saúde mesmo em países que não configuram Estados Sociais. As autoras norte-americanas Braveman e Starfield, entretanto, tornaram-se referências principalmente em função de suas atuações em agências internacionais. É possível afirmar que a agenda internacional tem conduzido o tema, principalmente por meio das estratégias “*Health for All*” e pelos *ODMs* e *ODSs*. Observa-se que o papel das agências tem sido de dar diretrizes e atenção ao debate, de forma similar ao debate sobre direitos humanos. A discussão sobre a equidade em âmbito internacional e o estabelecimento de diretrizes globalmente contribuem para a inserção do tema nas agendas nacionais, como ocorreu no Brasil. Além disso, acordos internacionais também contribuem para gerar um comprometimento e *accountability* de países signatários, como ocorreu em relação aos direitos humanos.

No entanto, são necessárias duas ressalvas quanto a essa atuação das agências internacionais. Como afirmam McIntyre e Mooney (2007), as discussões internacionais sobre equidade em saúde são dominadas pelo pensamento ocidental, em razão da cultura e da linguagem nas discussões, sendo necessário refletir quanto a uma possível arrogância ocidental nesse debate. Navarro (1999) destaca o discurso tecnocrático isento de valor no âmbito das agências internacionais. No entanto, tanto formuladores de políticas quanto aqueles que pautam o debate não são isentos de valores. Assim, diante do protagonismo das agências internacionais no debate sobre equidade em saúde, é preciso analisar como esse tema é assimilado pelos governos nacionais e locais nas dimensões em que atua, até na dimensão simbólica e no entendimento do que é saúde, conforme destaca Carrapato *et al.* (2017).

Os estudos do domínio temático de agenda apontam para a questão de se esperar que todos os países do globo possam atingir um nível de equidade em saúde, realidade tida como

muito distante. Tendo isso em vista e conforme a literatura aponta, a análise da equidade em saúde deve considerar as realidades locais, seus valores e seu processo histórico, entendidas do nível nacional até o local, pois a equidade em saúde atravessa todos esses níveis. Esse domínio temático também indica como o conceito de equidade em saúde continua em transformação diante das mudanças de cenários políticos, econômicos, sociais dos países e da globalização. Acontecimentos como a crise do NHS coloca desafios ao sistema público de saúde do Reino Unido, bem como a revogação do *Obamacare* e o corte de financiamento do *Medicaid* por Donald Trump nos Estados Unidos e a Emenda Constitucional nº 95 no Brasil, que entra em vigor em 2018 e limita o gasto público em saúde. Tais fenômenos apresentam-se como barreiras no alcance da equidade em saúde, o que requer o desenvolvimento de novas pesquisas sobre práticas de equidade diante desses novos cenários.

5.3.2. Problemas, limites e oportunidades

Após a interpretação dos dados da revisão sistemática e a apresentação do quadro conceitual de equidade em saúde, alguns apontamentos são feitos em relação à identificação de problemas, limites e oportunidades dos resultados da revisão sistemática. Um ponto a ser destacado na definição de equidade em saúde consiste no conceito das diferenças de saúde (não consideradas iniquidades por serem causadas por fatores naturais ou livres escolhas). Pela perspectiva da equidade, torna-se praticamente impossível separar a questão das influências externas e analisar a diferença de saúde isoladamente, pois a saúde, como Sen afirma, é a capacidade básica primordial, da qual todas as demais esferas da vida dependem. Isso decorre do próprio entendimento do que é saúde, que foi apenas questionado por Carrapato *et al.* (2017). Se a saúde é definida como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não mais como ausência de doença, as diferenças em saúde devem compreender todos esses âmbitos, não podendo ser restritas ao quadro de saúde. Isso também aponta para a reflexão sobre o entendimento da necessidade e a tomada do nível mais alto de saúde como parâmetro para determinar a diferença ou a iniquidade de saúde, visto que o resultado de saúde é determinado por diversos fatores externos aos determinantes médicos, torna-se inviável determinar objetivamente

a necessidade de saúde, já que não se trata apenas de um quadro de saúde física. Isso se relaciona à dificuldade de dividir o quadro de saúde das influências externas.

Outro ponto a ser destacado é a noção de equidade como justiça distributiva. Essa noção corresponde ao rearranjo de bens já existentes. A distribuição da riqueza e de alimentos globalmente, por exemplo, resolveria o problema das desigualdades de renda e de segurança alimentar, visto que há quantidade suficiente para garantir um mínimo a todos. No caso da saúde, porém, não é possível distribuir saúde e, como a literatura aponta, não se trata apenas de distribuição de serviços, nem de recursos. Assim, não se trata de uma forma de justiça distributiva, visto que não há o bem a ser distribuído suficientemente. É necessário o desenvolvimento de novos mecanismos para tratar as iniquidades de saúde, como, por exemplo, a priorização em forma de discriminação positiva. Essa dificuldade de aplicar princípios distributivos na saúde como forma de equidade pode ser relacionada à dificuldade de mensuração da própria equidade em razão de seu princípio normativo.

Outra questão levantada é o papel do contexto político na definição de equidade em saúde enfatizado por Starfield (2001). Poucos autores mencionam esse ponto, mas ele é relevante para o Brasil, onde ainda não há um exercício pleno da cidadania, conforme os estudos de direito à saúde apontaram. A busca pela equidade em saúde não requer apenas vontade política e conhecimento dos formuladores das políticas públicas de saúde, como alguns dos autores mencionam. É necessário haver uma consolidação do Estado de Direito, visto que não se trata de apenas um esforço do setor da saúde, mas a busca pela equidade e a implementação de políticas públicas requer instituições públicas efetivas, priorização da vida e da saúde enquanto valores e participação social. A implementação da equidade vai além de soluções técnicas e considerações de ordem política devem ser feitas.

Isso pode ser relacionado ao limite da definição por valores ocidentais e às condições políticas que algumas definições pressupõem. A equidade é um tema que promove a justiça social e a priorização da vida como essencial para uma vida digna e de qualidade e condição para o desenvolvimento das outras capacidades humanas. Mas antes é preciso ter esse entendimento da importância da saúde, vontade política e priorização da equidade pelos tomadores de decisão na formulação de políticas de saúde. Em última instância, a maior parte da literatura a define como um processo *top-down*, que necessita de garantia de um Estado de Direito. Pode-se argumentar que poderia ser um processo *bottom-up* por meio de ativismo, participação e controle sociais. No

entanto, tais mecanismos requerem a consolidação de uma democracia. Assim, a equidade em saúde torna-se uma proposta inviável de ser aplicada em todos os países do mundo. Relacionado a essa questão, levantada por Friedman e Gostin (2017) e os estudos de estrutura de poder, surge o questionamento de como é possível promover a solidariedade global e nacional quando há estruturas de poder que conformam ciclos de desigualdades e desvantagens. Em vista disso, pode-se pensar na equidade em saúde não como a total eliminação das iniquidades que, conforme exposto, torna-se de difícil operacionalização dada a interdependência de todos os elementos que compõem os determinantes da saúde. A visão que tem sido adotada recentemente, mais plausível, preconiza equidade como a realização de esforços para diminuir essa diferença.

6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve o objetivo de definir o conceito de equidade em saúde, dados os múltiplos entendimentos na literatura acerca do tema. Além disso, buscou-se compreender como esse conceito é traduzido em políticas públicas a fim de analisar a equidade em saúde enquanto conceito e prática. Para tal, foi realizada uma revisão sistemática da literatura publicada sobre o tema, que consistiu no levantamento de estudos de definição e políticas de equidade em saúde.

Foi adotado o referencial teórico de Estado de Bem-Estar Social a fim de dar bases para a compreensão da formação dos Estados Sociais e da saúde como direito social fundamental, que foi consolidado no Brasil por meio da Constituição Federal de 1988. Essa literatura também contribui para a identificação dos valores e visões de uma sociedade, que são relativos ao seu modelo de *welfare*, como, por exemplo, a solidariedade e a coesão social do modelo *beveridgiano*. Como a revisão da literatura aponta, esses valores sociais são fundamentais para a compreensão da equidade em saúde. Já a análise do direito à saúde é relevante não apenas em razão de sua consolidação no Brasil, mas também por permitir estabelecer uma relação entre a equidade e o tipo de cobertura dos sistemas de saúde. Soma-se a isso o papel do SUS enquanto provedor dos serviços de saúde para todos, e os desafios não apenas na concretização de seus princípios orientadores de universalidade, igualdade e integralidade, mas também na busca pela equidade.

Em seguida, analisou-se o conceito de equidade em outras áreas do conhecimento. A equidade é comumente relacionada às noções de justiça, igualdade e ética. A visão aristotélica de equidade como forma de justiça corretiva da generalidade da justiça formal apresenta as bases para compreender a relação entre os princípios. No entanto, ela não é suficiente, visto que, inserido na área do Direito, corresponde a um mecanismo para o legislador adequar a lei a casos concretos. A Teoria da Justiça de Rawls (1999), por sua vez, toma o pensamento aristotélico e relaciona a equidade a uma justiça procedimental. Em uma visão contratualista, o autor utiliza uma concepção de justiça como a base geral que alicerça a igualdade entre os homens, na qual são distribuídos direitos e deveres, que devem ser pautados pela igualdade de oportunidades. É nesse sentido que o pensamento de Rawls considera o tratamento desigual como justo se for em

benefício daquele em desvantagem. Essa concepção é amplamente utilizada na análise de equidade, entendida como uma forma de desigualdade justa. No entanto, há críticas ao uso da teoria de Rawls no estudo da equidade, que consistem na situação hipotética desse momento inicial do contrato social ser livre de valores prévios que podem afetar a justa distribuição. Como a realidade das relações sociais é dotada de valores, isso se torna inaplicável. Os valores são inerentes à noção de justiça, e como a literatura analisada na revisão sistema aponta, também o são para a equidade.

Após a análise da equidade em outros campos do conhecimento, foi realizada a revisão sistemática da literatura que resultou em 50 estudos selecionados, nacionais e internacionais e que compreendem o período de 1992 a 2017. Para a sistematização dos estudos, duas abordagens foram tomadas: a presença de definição explícita ou implícita do conceito de equidade em saúde pelo estudo e a definição do domínio temático em que ele se insere. Na análise dos dados, foram identificados 8 domínios temáticos: (i) o conceito epistemológico de equidade em saúde; (ii) equidade em saúde como justiça social; (iii) acesso como elemento constituinte da equidade em saúde; (iv) a equidade sob o ponto de vista do direito à saúde e da democracia; (v) a equidade vista pelos determinantes sociais; (vi) equidade na estrutura de poder; (vii) políticas, programas, ações e práticas de equidade em saúde; e, (viii) a equidade em saúde na agenda de pesquisa e na produção científica.

Os estudos foram analisados individualmente em cada domínio temático e foi feito o levantamento das definições fornecidas acerca da equidade em saúde. Identificou-se os estudos do domínio de conceito epistemológico apresentam as bases para a conceituação de equidade em saúde, entendida como a “eliminação de disparidades de saúde associadas à desvantagem social” (BRAVEMAN, 2006), a “ausência de diferenças de saúde sistemáticas e potencialmente curáveis” (MACINKO; STARFIELD, 2002) ou a “eliminação de diferenças de saúde que são desnecessárias, evitáveis e injustas” (WHITEHEAD, 1992). Ao mesmo tempo em que tais definições dão as bases para o conceito de equidade, elas também abrem um debate acerca dos tipos de diferenças ou disparidades de saúde a serem eliminados.

Assim, na análise dos demais domínios, foram identificados elementos que contribuem para a formação de uma definição mais precisa. O domínio de justiça social apontou a relação da equidade aos arranjos sociais e aos valores da sociedade, como solidariedade e igualdade. Assim, a equidade tem uma dimensão moral e ética. Os estudos do domínio de acesso

tomam-no como central na definição de equidade em saúde. No entanto, destacam a importância de considerar o acesso para além da dimensão físico-espacial. Destaca-se como o acesso se relaciona desde a fatores concretos como o serviço de saúde até os mais abstratos, como a aceitabilidade, dada, por exemplo, pela percepção dos indivíduos em relação aos serviços de saúde, que é pautado por crenças e valores. O domínio da equidade sob o ponto de vista do direito à saúde e da democracia, por sua vez, é composto apenas por estudos nacionais e centraliza a análise na relação entre universalidade, integralidade, igualdade, como princípios do SUS e a equidade, que configuram o direito à saúde. Os autores destacam a importância da equidade atuar sobre a universalidade a fim de considerar as diferenças e garantir o direito à saúde. É por meio do gozo desse direito que os indivíduos exercem seus papéis de cidadãos.

Já o domínio dos determinantes sociais é, possivelmente o domínio que mais contribui para a definição da equidade, por relacionar todos os outros temas. Os estudos desse domínio apresentam os fatores das diversas dimensões da vida que afetam a saúde direta ou indiretamente. O reconhecimento dos determinantes sociais está relacionado ao entendimento da saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social. Portanto, ela não é mais definida apenas pela ausência de doença, mas determinada por todas as esferas que configuram as condições de vida. Por meio da análise dos quadros conceituais propostos por Braveman (2010), Starfield (2001) e Dahlgren e Whitehead (2007), identificou-se que, para além de elementos individuais (fatores biológicos e comportamento individual) e intermediários (condições de vida e trabalho), os fatores mais distais como o contexto político devem também ser considerados na análise dos determinantes sociais, visto que impactam em toda a cadeia descendente de determinantes. Adicionando o domínio de estruturas de poder, a análise dos determinantes da saúde inseridos na vida em sociedade requer a consideração das estruturas sociais nessa configuração. As posições dentro dessas estruturas impactam não só a saúde, mas toda a cadeia de determinantes. É por esse motivo que as estruturas sociais, marcadas por relação de poder que colocam indivíduos em diferentes posições, configuram ciclos de trajetórias e perpetuação que atravessam todos os determinantes.

Os domínios temáticos de políticas, programas e práticas de equidade em saúde contribuem para o entendimento do segundo objetivo da dissertação: a tradução do conceito de equidade em saúde em políticas públicas. Como o domínio com o maior número de estudos, observam-se as inúmeras possibilidades de práticas de equidade em saúde, em razão do grande

número de variáveis a serem consideradas dentro dos determinantes sociais da saúde. Os estudos apresentam evidências de boas práticas bem como recomendações de novas ações a serem desenvolvidas. O domínio temático de agenda de pesquisa e produção científica dialoga com o anterior, visto que a aplicação da equidade em saúde por meio de políticas públicas depende das pesquisas e do conhecimento acerca dela. Portanto, assim como o domínio de práticas em equidade, o último domínio apresenta tanto levantamentos do que já foi realizado, mas no âmbito acadêmico, quanto indicações de novas áreas que devem receber foco dentro do tema.

A análise dos estudos de todos os domínios temáticos resultou no desenvolvimento de um quadro conceitual da equidade em saúde. Esse quadro busca sistematizar os caminhos pelos quais as iniquidades de saúde são formadas. Em razão da equidade enquanto princípio ter um caráter normativo e de valores, torna-se difícil medi-la. Assim, como a literatura destaca, a equidade em saúde é definida por meio da negação do seu oposto, a iniquidade. O caminho inverso da configuração da iniquidade, portanto, pode ser considerado a equidade. Observa-se que ela deve atuar, por meio de políticas públicas, não apenas focando os grupos populacionais em desvantagem, tratando os elementos mais distais, como uma forma de romper o ciclo de perpetuação e trajetória. As políticas estruturais, que conformam a estrutura social marcada por diferentes posições é a causa da desvantagem dos grupos que, além de sofrerem as iniquidades em saúde, também têm todas as demais esferas da vida afetadas.

O quadro conceitual proposto permite afirmar, portanto, que a equidade tem diversos significados, que variam com o tempo e o espaço em que é analisada. Isso decorre tanto das características locais que configuram condições de vida específicas quanto da trajetória histórica da sociedade em questão. Tendo em vista que processos passados configuram a equidade atualmente, o surgimento de novas considerações implicará em novos entendimentos. Assim, o estudo sobre equidade em saúde está em constante transformação e deve adotar novos elementos baseados em evidências das causas das iniquidades em saúde, bem como atentar-se às mudanças sociais, ambientais, econômicas e políticas. Isso é necessário para que se possa aplicar o conhecimento acumulado em práticas concretas, pois conforme afirma Starfield (2001), não faz sentido pesquisar a equidade em saúde se ela não levar a mudanças sociais que incentive seu alcance.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDAL, A.; OLIVEIRA, M. C. V.; GHEZZI, D. R., SANTOS JÚNIOR, J. (org.). *Métodos de pesquisa em ciências sociais: bloco qualitativo*. São Paulo: Sesc São Paulo/CEBRAP, 2016.

ALBRECHT, C.; ROSA, R.; BORDIN, R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *Saúde Soc*, v. 26, n. 1, p. 1-10, jan./mar. 2017.

ALMEIDA, C. et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet*, v. 357, n. 9269, p. 1692-7, May 2001.

ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. São Paulo: Martin Claret, 2002.

ARRETCHE, M. T. S. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*, Rio de Janeiro, 39, 3-40, 1. semestre, 1995.

ASSIS, M.; JESUS, W. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-75, 2012.

ATALLAH, A. N.; CASTRO, A. A. Revisão Sistemática da Literatura e Metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. In: _____. *Diagnóstico e Tratamento*. Centro Cochrane do Brasil, cap.2, 20-28, 1996.

AZEVEDO, M. L. N. de. Igualdade e equidade: qual é a medida da justiça social? *Avaliação (Campinas)*, Sorocaba, v. 18, n. 1, p. 129-150, mar. 2013.

BANCO MUNDIAL. DataBank: Country Brazil. (2017). Disponível em: <<http://data.worldbank.org/country/brazil>>. Acesso em: 15 de julho de 2017.

BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, jul. 2017.

BARROS, F. P. de; SOUZA, M. F. de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde Soc*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, jan./mar. 2016.

BENTHAM, J. *Uma introdução aos princípios da moral e da legislação*. São Paulo: Abril Cultural, 1973.

BITTAR, E. C. B. *Curso de filosofia do direito*. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2005.

BOBBIO, N. *Direita e esquerda: razões e significados de uma distinção política*. Tradução Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Editora Unesp, 1995.

BOURDIEU, P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papyrus Editora, 1996.

_____. *A distinção*. Crítica social do julgamento. Porto Alegre: Editora Zouk, 1997.

_____. A escola conservadora: as desigualdades frente à escola e à cultura. In: NOGUEIRA, M. A.; CATANI, A. F. *Escritos de educação*. 2a. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. *A miséria do mundo*, 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. *Respuestas por uma antropologia reflexiva*. Barcelona: Editorial Grijalbo, 1995.

BRASIL. Constituição Federal de 1988.

_____. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.

_____. Lei Nº 13.146. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, 2015a.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Glossário. Acesso em: 10 jun. 2017. Disponível em:
<http://www.orcamentofederal.gov.br/glossario-1/glossario_view?letra=D>.

_____. Ministério da Saúde. Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria no 399, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 15 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. SUS: a saúde do Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação N. 18, de 19 de dezembro de 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2016/Reco018.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

_____. (2016b). Evolução dos Gastos Públicos Federais no Brasil: Uma análise para o período 2006-15. Secretaria de Política Econômica. Ministério da Fazenda. Relatório de Análise Econômica dos Gastos Públicos Federais. Brasília, p.10. Maio 2016. Disponível em:
<http://www.spe.fazenda.gov.br/notas-e-relatorios/relatorio_gasto_publico_federal_site.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

_____. Portal da Saúde. Ministério da Saúde. Políticas de Equidade em Saúde. 2015b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/556-sgep-raiz/dagep/206~57-politicas-de-equidade-em-saude>>. Acesso em: 3 de junho de 2017.

BRAVEMAN, P. Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annu Rev Public Health*, San Francisco, v. 27, p. 167-94, Apr. 2006.

_____. Social conditions, health equity, and human rights. *Health and Human Rights*, v. 12, n. 2, p. 31-48, Dec. 2010.

_____. What is health equity: And how does a life-course approach take us further toward it? *Matern Child Health J*, New York, v. 18, p. 366-72, Feb. 2014.

BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Poverty, equity, human rights and health. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 81, n. 7, p. 539-545, Feb. 2003.

_____. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*, San Francisco, v. 57, p. 254-258, Apr. 2003.

BRAVEMAN, P.; TARIMO, E. Health screening, development, and equity. *J Public Health Policy*, v. 17, p. 14-27, 1996.

BROLAN, C. et al. The right to health of non-nationals and displaced persons in the sustainable development goals era: challenges for equity in universal health care. *Int J Equity Health*, v. 16, n. 14, p. 1-4, Feb. 2017.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde Soc*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, jul./set. 2017.

CARR-HILL, R. A. Efficiency and equity implications of the health care reforms. *Soc Sci Med*, v. 39, n. 9, p. 1189-1201, Nov. 1994.

CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil*. São Paulo: Civilização Brasileira, 2001, p. 7-13.

CARVALHO, M. S. de. A saúde como direito social fundamental na Constituição Federal de 1988. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 15-31, jul. 2003.

COCHRANE. The Cochrane Collaboration. About us. Disponível em:
<<http://www.cochrane.org/about-us>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

COELHO, I. B. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 171-83, 2010.

CORGOZINHO, M.; DE OLIVEIRA, A. Equidade em saúde como marco ético da bioética. *Saúde Soc*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 431-441, abr./jun. 2016.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. *Institute for Future Studies*, Stockholm, v. 14, p.1-67, 2007.

DALLARI, S.G. O direito à saúde. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 22(1), 57-63, 1988.

_____. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

_____. A construção do direito à saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 3 p. 9-34, 2009.

DEAN, H. et al. Sustaining a focus on health equity at the centers for disease control and prevention through organizational structures and functions. *J Public Health Management Practice*, v. 22, Suppl 1, p. S60-7, Jan./Feb. 2016.

DIAS, M. C. Theories of justice. In: _____. (Org.). *Functioning approach: for a more inclusive*

moral point of view. Seattle: Amazon. Não paginado. eBook, 2014b.

DICENT TAILLEPIERRE, J. Toward achieving health equity. *J Public Health Management Practice*, v. 22, Suppl 1, p. S43-9, Jan./Feb. 2016.

DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*: Specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University, 1973.

DUARTE, C. M. R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 443-63, 2000.

DALLARI, S. G.; FORTES, P. A. C. Direito sanitário: inovação teórica e novo campo de trabalho. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia*: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, p.187-202, 1997.

DUPAS, G. *A lógica da economia global e a exclusão social*. *Estudos avançados*, São Paulo, v. 12, n. 34, p. 121-159, 1998. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141998000300019>>. Acesso em: 7 jul 2017.

EIDE, A.; AMIN, M.; MacLACHLAN, M.; MANNAN, H.; SCHNEIDER, M. Addressing equitable health of vulnerable groups in international health documents. *Alter, Euro J Disability Res*, v. 7, p. 153-162, Jul./Sep. 2013.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. In: *Lua Nova*: Revista de Cultura e Política, São Paulo, v. 24, p. 85-116, 1991.

EVANS, P.B.; RUESCHEMEYER, D.; SKOCPOL, T. *Bringing the State back in*. Cambridge: Cambridge University, 1985

FARIA, C. A. P. Uma genealogia das teorias e modelos do Estado de Bem-Estar-Social. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*, Rio de Janeiro, Anpocs, v. 46, p. 39-71, 1998.

FLEURY, S.; CARVALHO, A. I. de. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil da Fundação Getulio Vargas, Rio de Janeiro. Disponível em:
<<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>>. Acesso em: 1 jul. 2017.

FRIEDMAN, E.; GOSTIN, L. From local adaptation to activism and global solidarity: framing a research and innovation agenda towards true health equity. *Int J Equity Health*, v. 16, n. 18, p. 1-4, Feb. 2017.

GALVÃO, T. F., PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 23, n. 1, p.183-4, 2014.

GARAY, J. *Health Equity: The key for transformational change*. San José, Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social, 2015.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C., (Org.). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 177-198, 1995.

GOLDBERG, D. On the very idea of health equity. *J Public Health Management Practice*, v. 22, Suppl 1, S11-2, Jan./Feb. 2016.

GOLDENBERG, M. Gênero e corpo na cultura brasileira. *Pisc Clin*, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 65-80, 2005.

GRANJA, G.; ZOBOLI, E.; FRACOLLI, L. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3759-64, Dez. 2013.

GUSMANO M.; WEISZ, D.; RODWIN, V. Achieving horizontal equity: must we have a single-payer health system? *J Health Polit Policy Law*, Durham, v. 34, n. 4, p. 617-33, Aug. 2009.

HALL, M.; GRAFFUNDER, C.; METZLER, M. Policy approaches to advancing health equity. *J Public Health Management Practice*, v. 22, n. Supp 1, p. S50-9, Jan./Feb. 2016.

HELLER, A. *Além da justiça*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1998.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR EQUITY IN HEALTH (ISEqH). Homepage. Disponível em: <<http://www.iseqh.org/>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

JARDANOVSKI, E.; GUIMARÃES, P. O desafio da equidade no setor da saúde. *Rev Adm Empres*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 38-51, mai./jun. 1993.

JARRIS, P.; SAVAGE-NARVA, Y.; VALDES LUPI, M. Promoting health equity and optimal health for all. *J Public Health Management Practice*, v. 22, Suppl 1, p. S5-7, Jan./Feb. 2016.

KANT, I. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. São Paulo: Abril Cultural, 1980.

KUMANYIKA, S. Health equity is the issue we have been waiting for. *J Public Health Manag Pract*, v. 22, Suppl 1, p. S8-10, Jan./Feb. 2016.

LANE, H. et al. Equity in healthcare resource allocation decision making: A systematic review. *Soc Sci Med*, v. 175, p. 11-27, Feb. 2017.

LINDBLADH, E.; LYTTKENS, C.; HANSON, B.; ÖSTERGREN, P. Equity is out of fashion? An essay on autonomy and health policy in the individualized society. *Soc Sci Med*, v. 46, n. 8, p. 1017-1025, Apr. 1998.

MACINKO, J. STARFIELD, B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *Int J Equity Health* v.1, n. 1, p. 1-20, Apr. 2002.

MACKINTOSH, M. et al. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. *Lancet*, v. 338, p. 596-608, 2016.

MARSHALL, T. H. *Citizenship and social class*. Cambridge: The Syndics of the Cambridge University Press, 1950.

MATHIAS, M. Dois sistemas, duas crises. *Outra Saúde*, São Paulo, 19 fev. 2018. Reportagens, 30 anos do SUS. Disponível em: <<http://outraspalavras.net/outrasaude/2018/02/19/dois-sistemas-duas-crises/>>. Acesso em: 17 set. 2017.

MCINTYRE, D.; MOONEY, G. (eds.). *The economics of health equity*. New York: Cambridge University, 2007.

MENAHM, G. How can the decommodified security ratio asses social protection systems? Working Paper, n. 529. *Luxemburg Income Study Working Paper Series*, 2010.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos avançados*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>>. Acesso em: 7 jul. 2017.

MENDES, A.; MARQUES, R.M. Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro. In: *Encontro Nacional de Economia Política*, 14, 2009, São Paulo. Anais. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009. Disponível em: <https://fopspr.files.wordpress.com/2009/07/trabalho_cronica_de_uma_crise_anunciada_financiamento_sus_aquilas_mendes_e.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2017.

MÉSZÁROS, I. *Para além do capital: rumo a uma teoria da transição*. Tradução Paulo Cezar Castanheira e Sérgio Lessa. São Paulo: Boitempo, 2002.

MEDEIROS, M. *A trajetória do Welfare State no Brasil: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990*. Brasília: IPEA, 2001.

MOONEY, G. *Economics, medicine and health care*. Great Britain: The Harvester Press Group, 1986.

MOONEY, G.; STEPHEN J. Vertical equity: Weighting outcomes? Or establishing procedures? *Health Policy*, Sydney, v. 39, p. 79-87, Jan. 1997.

NAVARRO, V. Health and equity in the world in the era of "globalization". *Int J Health Services*, v. 29, n. 2, p. 215-26, Apr. 1999.

NUSSBAUM, M. C. *Creating capabilities: the human development approach*. Cambridge: Belknap of Harvard University, 2011.

OCDE 2010. *Health Care Systems: efficiency and policy settings*. Paris: OECD Publishing. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-care-systems_9789264094901-en>. Acesso em: 12 jul. 2017.

OCDE/KIPF. *Fiscal Federalism 2016: making decentralization work*. OECD Publishing, Paris, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1787/9789264254053-en>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial da Saúde* (OMS/WHO), 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

_____. *A discussion document on the concept and principles of health promotion*. Copenhagen, 9-3 July 1984. Disponível em:
http://www.who.int/healthpromotion/milestones_yellowdocument.pdf. Acesso em: 22 jun. 2017.

_____. *Targets for health for all. Targets in support of the European regional strategy for health for all*. Copenhagen, 1985. Disponível em:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109779/WA_540_GA1_85TA.pdf. Acesso em: 15 jul. 2017.

_____. *Carta de Ottawa – Primeira Conferência sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, 1986. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. Acesso em: 23 jun. 2017.

_____. *Health financing for universal coverage. Universal coverage – three dimensions*. Disponível em:
http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/. Acesso em: 15 jul. de 2017.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant). [S. l.]: [s. n.], 2000. Disponível em:
<http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>. Acesso em: 23 jun. 2017.

_____. *The world health report 2000 – Health systems: improving performance*, 2000. Disponível em: http://www.who.int/entity/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1. Acesso em: 15 jul. 2017.

_____. *UN world conference on human rights*. Vienna: GA resolution number 48/121, 1993.

PENMAN-AGUILAR, A. et al. Measurement of health disparities, health inequities, and social determinants of health to support the advancement of health equity. *J Public Health Management Practice*, v. 22, Suppl 1, p. S33-42, Jan./Feb. 2016.

PERELMAN, C. *Ética e Direito*. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1996.

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1, 1986, Ottawa: *Carta de Ottawa*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2017.

RAWLS, J. *Justice as fairness: a restatement* [JF]. E. Kelly (ed.). Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001.

RAWLS, J. *A theory of justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press, revised edition, 1999.

ROCHA, G. Blog da Saúde. Ministério da Saúde. Entenda o SUS. Você sabe o que é equidade? Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/entenda-o-sus/50111-voce-sabe-o-que-e-equidade.html>>. Acesso em: 3 jun. 2017.

RIBEIRO, C. Justiça social e equidade em saúde: Uma abordagem centrada nos funcionamentos. *Saúde Soc*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1109-1118, 2015.

RIBEIRO, C. D.; DIAS, M. C. Health and disease in light of the functionings approach. In: DIAS, M. C. (Org.). *Functioning approach: for a more inclusive moral point of view*. Seattle: Amazon. Não paginado. eBook. 2014.

RICHARDSON, L. Integrating health equity into practice and policy. *J Public Health Management Practice*, v. 22, Suppl 1, p. S107-9, Jan./Feb. 2016.

RITSATAKIS, A. Equity and social determinants of health at a city level. *Health Promotion International*, Oxford, v. 24, Suppl 1, p. i81-i90, Nov. 2009.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. V-VI, abr./jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 20 ago. 2017.

RUANO, A. et al. Looking forward to the next 15 years: innovation and new pathways for research in health equity. *Int J Equity Health*, v. 16, n. 35, Feb. 2017.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*, v. 31, n. 3, p. 260-8, mar. 2012.

SANTOS, W. G. A práxis liberal e a cidadania regulada. In: SANTOS, W.G. *Décadas de espanto e uma apologia democrática*. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1998, 86-114.

SAÚDE continua o principal problema citado por entrevistados, diz Datafolha. *Folha de S. Paulo*, 2 out. 2017. Poder. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/poder/2017/10/1923431-saude-continua-o-principal-problema-citado-por-entrevistados-diz-datafolha.shtml>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

SAÚDE supera corrupção como maior problema para a população. *Folha de S. Paulo*, 11 dez. 2016. Poder. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/poder/2016/12/1840371-saude-supera-corrupcao-como-pior-problema-para-a-populacao.shtml>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

SEN, A. Why health equity? *Health Econ*, Cambridge, v. 11, p. 659-666, Nov. 2002.

_____. *A ideia de justiça*. Coimbra: Almedina, 2010.

_____. Equality of what? In: McMURRIN, S. *The Tanner Lecture on Human Values*. Stanford: Stanford University Press, 1979.

SIQUEIRA, S.; HOLLANDA, E.; MOTTA, J. Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1397-1397, mai. 2017.

SOBEL, R. S. Welfare Economics and Public Finance. In: BACKHAUS, J. G.; WAGNER, R. E. (eds.). *Handbook of Public Finance*. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Kluwer Academic Publishers, 2005.

SOUZA, C. Redemocratização, federalismo e gasto social no Brasil: tendências recentes. *XXIV Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais*. GT03: Estrutura Social e Desigualdade, Petrópolis, 1999.

SOUZA, R. R. DE. Políticas e práticas de saúde e equidade. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 41, n. especial, p. 765-70, 2007.

SOUTO, K. M. B.; SENA, A. G. N.. PEREIRA, V. O. M., SANTOS, L. M. Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa? *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 49-62, dez. 2016.

STANDING, H. Gender and equity in health sector reform programmes: a review. *Health Policy and Planning*, v. 12, n. 1, p. 1-18, Mar. 1997.

STARFIELD, B. State of the art in research on equity in health. *J Health Polit Policy Law*, Durham, v. 31, n. 1, p. 11-32, Feb. 2006.

_____. Improving equity in health: A research agenda. *Int J Health Serv*, v. 31, n. 3, p. 545-66, 2001.

TAYLOR, C. Surveillance for equity in primary health care: Policy implications from international experience. *Int J Epidemiology*, v. 21, n. 6, p. 1043-49, Jun. 1992.

TENTI FANFANI, E. Introducción: Mirar la escuela desde afuera. In: _____. (org). *Nuevos temas en la agenda de política educativa*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2008.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 5, p. 1168-73, 2008.

TITMUSS, R. M. *Social Policy*. An Introduction. London: George Allen & Unwin, 1974.

TURNER, B. *Equality*. London/New York: Ellis Horwood Limited-Tavistock Publications 1986.

UNDP – PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Human Development Report 1997*. New York: Oxford University Press, 1997.

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Tradução sob responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Brasília, 2005.

VÅGERÖ, D. Equity and efficiency in health reform. An European view. *Soc Sci Med*, v. 39, n. 9, p. 1203-10, Nov. 1994.

VIANA, A. L. D.; DAL POLZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *Physis*, v. 15, p. 225-64, 2005.

VIANA, A.; FAUSTO, M.; LIMA, L. Política de saúde e equidade. *São Paulo Perspec*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, jan./mar. 2003.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. S2, p. S217-S226, 2009.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*, v. 22, n. 3, p. 429-45, Jul. 1992.

WHITEHEAD, M. Waving or drowning? A view of health equity from Europe. *Aust N Z J Public Health*, v. 36, n. 6, p. 523, Dec. 2012.

WOODWARD, A.; KAWACHI, I. Why reduce health inequalities? *Epidemiol. Community Health*, v. 54, n. 12, p. 923-9, 2000.