

Para saber mais:

BRASIL/MTb/SEFOR. *Educação Profissional: um projeto para o desenvolvimento sustentado*. Brasília: Sefor, 1995.

CEPAL/UNESCO. *Educación y Conocimiento: eje de la transformación productiva con equidad*. Santiago do Chile: s.n., 1992.

GENTILI, P. Educar para o desemprego: a desintegração da promessa integradora. In: FRIGOTTO, G. (Org.) *Educação e Crise do Trabalho: perspectivas de final de século*. Petrópolis: Vozes, 2000.

MEHEDFF, N. G. A era da empregabilidade. *O Globo*, Rio de Janeiro, 9 out. 1996.

OLIVEIRA, R. de. *A (Des)qualificação da Educação Profissional Brasileira*. São Paulo: Cortez, 2003.

OLIVEIRA, R. de. *Empresariado Industrial e Educação Brasileira: qualificar para competir?* São Paulo: Cortez, 2005.

POCHMANN, M. *O Emprego na Globalização: a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu*. São Paulo: Boitempo, 2001.

RAMOS, M. N. *A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.

EQÜIDADE EM SAÚDE

Sarah Escorel

O termo eqüidade é de uso relativamente recente no vocabulário da Reforma Sanitária brasileira. Foi incorporado posteriormente à promulgação da Constituição de 1988 que se refere ao direito de todos e dever do Estado em assegurar o “acesso universal e igualitário às ações e serviços” de saúde. Na lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços cor-

respondentes, e dá outras providências, é “a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” que figura entre os princípios reitores do Sistema Único de Saúde (SUS). Nem nessa lei, nem na 8.142/90 eqüidade em saúde é referida.

O conceito de eqüidade em saúde foi formulado por Margaret Whitehead incorporando o parâmetro de justiça à distribuição igualitária. “Ini-

qüidades em saúde referem-se 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). Kawachi, Subramanian e Almeida Filho, em seu *Glossário das Desigualdades em Saúde* (2002), consideram ser difícil operacionalizar os atributos “evitável” e “desnecessário”, restringindo à injustiça o critério que distingue desigualdades de iniquidades.

A definição de Whitehead é caudatária da teoria da justiça de John Rawls, considerada por Amartya Sen (2001) “a teoria da justiça mais influente – e acredito que a mais importante – apresentada neste século, a da ‘justiça como eqüidade’”. Rawls apresentou, em 1982, uma reelaboração dos dois princípios propostos, em 1971, na edição em inglês de “Teoria da Justiça”:

1. Cada pessoa tem igual direito a um esquema plenamente adequado de liberdades básicas iguais que seja compatível com um esquema similar de liberdades para todos.

2. As desigualdades sociais e econômicas devem satisfazer duas condições. Em primeiro lugar, devem estar associadas a cargos e posições abertos a todos sob condições de

igualdade eqüitativa de oportunidades; e, em segundo, devem ser para o maior benefício dos membros da sociedade que têm menos vantagens (Rawls, *apud* Sen, 2001).

No segundo princípio de Rawls eqüidade aparece como adjetivo; qualifica a igualdade de oportunidades, confere uma carga valorativa. É, pois, a partir do conceito de igualdade, mas dele distinguindo-se por incorporar juízos de valor, que foi construída a definição de eqüidade.

No Dicionário de Política (1991), Oppenheim distingue três significados de igualdade tomando por base o âmbito de exercício do conceito. No caso das características pessoais de qualquer ordem (cor do cabelo ou dos olhos, por exemplo), é um conceito descritivo, de comprovação empírica, não depende de escalas de valores. Quando se refere às normas de distribuição significa que duas pessoas quaisquer são tratadas iguais *em relação* a uma determinada regra e também *em virtude* desta regra. E, como propriedade das regras de distribuição quer dizer o caráter igualitário da própria regra. Nesse último significado, que associa igualdade à justiça, surge a definição de eqüidade.

Uma segunda distinção pode ser feita em relação ao momento do pro-



cesso de distribuição. Igualdade pode qualificar a quantidade de benefícios ou penalidades que serão distribuídos ou pode indicar os resultados finais da repartição.

Regras de igualdade proporcional distribuem partes diferentes a pessoas diferentes, na proporção da diferença. O elemento central das regras pode estar no mérito (“a cada um segundo o próprio merecimento”), ou em diferenças relevantes para a regra em questão, como por exemplo, a desigualdade de riqueza e o pagamento de impostos. Nesse caso, as regras não são igualitárias já que a carga de impostos é diferente entre as pessoas, entretanto, são regras justas porque a tributação está relacionada com a capacidade de pagamento de cada um, e os mais ricos pagam mais impostos. Regras de igualdade proporcional envolvem conceitos de valor; são objetos de avaliação subjetiva e não de verificação objetiva, como assinala Oppenheim (1991).

Do ponto de vista dos resultados das regras de distribuição, estas seriam igualitárias quando nivelam ou reduzem as diferenças. Portanto, só podem ser classificadas como

igualitárias em relação a uma distribuição anterior.

Turner (1986) indica que a igualdade pode ser avaliada em quatro dimensões:

- Ontológica – inerente aos seres humanos, constituinte de princípios religiosos e de correntes filosóficas;

- Oportunidades – princípio das doutrinas liberais que consideram que dado um mesmo patamar de direitos, o acesso a posições sociais resulta da competição entre os indivíduos que as conquistarão conforme seus méritos;

- Condições – estabelecimento de um mesmo nível de partida, isto é, nivelamento da satisfação de um mínimo de necessidades básicas substancialmente idênticas em todos;

- Resultados – envolve mudanças nas regras de distribuição para transformação das desigualdades de início em igualdade de conclusão.

O princípio de equidade surge no período contemporâneo associado aos direitos das minorias e introduz a diferença no espaço público da cidadania, espaço por excelência da igualdade. O reconhecimento da diferença entra em conflito com o pen-

samento jurídico clássico que percebe a cidadania como sendo comum e indiferenciada. Entretanto, dada a diversidade das sociedades modernas,

“a noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de eqüidade. Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime” (Sposati, 1999, p.128).

Dessa forma, a idéia de eqüidade foi incorporada e até mesmo substituiu o conceito de igualdade. Igualdade significaria a distribuição homogênea, a cada pessoa uma mesma quantidade de bens ou serviços. Eqüidade, por sua vez, levaria em consideração que as pessoas são diferentes, têm necessidades diversas. Uma distribuição eqüitativa responde ao segundo elemento do princípio marxista “de cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades” (Marx, 1875, s/d). Sendo assim, o princípio de eqüidade estabelece um parâmetro de distribuição heterogênea.

“Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de aten-

der às necessidades de outros, mantendo as desigualdades” (Ministério da Saúde, 2000).

Lígia Vieira Silva e Naomar Almeida Filho elaboraram uma “análise de série significativa – distinção, diferença, desigualdade, iniquidade – no sentido de uma teoria social da saúde”. Nessa teoria “diferença remete ao individual, diversidade à espécie, desigualdade à justiça e distinção ao simbólico. Iniquidade adquire sentido no campo político como produto dos conflitos relacionados com a repartição da riqueza na sociedade” (2000, p. 4-11). Dessa forma, corrobora-se a aceção de que há um limite das desigualdades a partir do qual passam a ser consideradas como iniquidades, ou seja, “perversas, malévolas, extremamente injustas” (Buarque de Holanda, s/d).

Igualdade e desigualdade são conceitos mensuráveis que se referem a quantidades passíveis de serem medidas. Por sua vez, eqüidade e iniquidade são conceitos políticos que expressam um compromisso moral com a justiça social (Kawachi et al, 2002).

A partir do momento em que definições ou instrumentos de justiça são acionados para estabelecer o conceito de eqüidade fica patente que não há como fugir de juízos de valor. É preci-



so então perguntar “equidade em relação a quê?”, para compreender o seu significado. O julgamento e a medida das desigualdades dependem integralmente da escolha da variável em torno da qual a comparação é feita (Sen, 2000). Se valores são intrínsecos às decisões eles devem ser explicitados, coletivamente assumidos e permanentemente avaliados e revistos, seja porque os critérios selecionados não se revelaram os mais adequados, seja porque depois dos critérios aplicados as situações sofreram modificações e exigem novos critérios e escolhas. Há, portanto, que pensar a equidade em saúde como um processo, permanente, em transformação, que vai mudando seu escopo e abrangência na medida em que certos resultados são alcançados.

Equidade pode ser analisada como vertical e como horizontal. Equidade vertical é entendida como desigualdade entre desiguais, ou seja, uma regra de distribuição desigual para indivíduos que estão em situações diferenciadas. A noção de equidade vertical é geralmente empregada em relação ao financiamento. Por exemplo, a progressividade no financiamento, isto é, a contribuição inversamente proporcional ao rendimento das pessoas re-

presenta uma situação de equidade vertical (Travassos & Castro, 2008).

Equidade horizontal, por sua vez, corresponde à igualdade entre iguais, ou seja, uma regra de distribuição igualitária entre pessoas que estão em igualdade de condições. A equidade no acesso e utilização de serviços de saúde é abordada em relação à equidade horizontal e tem sido operacionalizada como “igualdade de utilização de serviços de saúde entre os grupos sociais para necessidades de saúde iguais”. Pode-se dizer que as normas que regem o SUS incorporam a definição de equidade horizontal, ou seja, acesso, utilização e tratamento igual para necessidades iguais (Travassos & Castro, 2008).

Em geral, o princípio de equidade tem sido operacionalizado em duas principais dimensões: condições de saúde e acesso e utilização dos serviços de saúde.

No âmbito das condições de saúde é analisada a distribuição dos riscos de adoecer e morrer em grupos populacionais. Embora variações biológicas (sexo, idade) determinem diferenças de morbidade e mortalidade, a maior parte das condições de saúde é socialmente determinada e não decorre de variações naturais, ou de livres escolhas pessoais por estilos de vida

mais ou menos saudáveis. Os pobres, grupo social e economicamente vulnerável, pagam o maior tributo em termos de saúde acumulando a carga de maior frequência de distribuição de doenças, sejam estas de origem infecciosa, sejam crônico-degenerativas, ou ainda as originadas de causas externas. Para alguns autores, essa é a dimensão mais importante da equidade em saúde (Evans et al, 2002) e à sua mensuração dedicam-se estudiosos e instituições (Carr-Hill & Chalmers-Dixon, 2005).

Em relação à esfera do acesso e utilização dos serviços de saúde verificam-se as diferentes possibilidades de consumir serviços de saúde dos diversos graus de complexidade por indivíduos com necessidades iguais de saúde.

“As condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes na sociedade. Já as desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a sua distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso

so aos serviços de saúde. Modificações nas características do sistema de saúde alteram diretamente as desigualdades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais” (Travassos & Castro, 2008).

Outros âmbitos de operacionalização e de análise da equidade são relativos ao princípio orientador das reformas dos sistemas de saúde e à institucionalidade do sistema de saúde. No primeiro caso verifica-se em que medida a equidade é o princípio que prepondera na definição das políticas de saúde e nos seus desdobramentos em programas e ações. Também pode ser observado se equidade prevalece sobre, e é complementada pela orientação de eficiência, ou se é a ela subordinado posto que, neste caso, a ordem dos fatores, em geral, altera o produto. Ainda nesse âmbito sobressaem dois aspectos: a predominância de políticas universais ou, ao contrário, de políticas residuais e seletivas, focalizadas; e, a distribuição de recursos financeiros que interferem diretamente na promoção da equidade entre grupos sociais e regiões geográficas.

Em relação à institucionalidade do sistema de saúde outros dois tópi-



cos de grande impacto na implementação das políticas de saúde podem ser analisados no que se refere a um padrão mais ou menos equitativo: o processo de descentralização real de poder e autonomia para o nível local de regulação do sistema de saúde e sua conseqüente responsabilização pelas condições de saúde e assistência aos municípios; e, o processo decisório analisando a presença ou ausência de uma efetiva e representativa participação social.

A operacionalização das categorias referentes às quatro dimensões assinaladas esbarra em dificuldades relacionadas com os sistemas de informação e, também, em modelos que organizem as informações em estruturas lógicas de conhecimento. Por exemplo, o estudo *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento* (Viana et al., 2001) adotou seis dimensões de análise. O âmbito das condições de saúde foi desdobrado em situação de saúde e condições de vida. A esfera do acesso e utilização dos serviços de saúde foi desmembrada em oferta (recursos humanos e capacidade instalada), acesso e utilização de serviços, e qualidade de atenção. A sexta dimensão adotada no estudo diz respeito ao financiamento (despesas federal e familiar).

Quaisquer que sejam as dimensões adotadas, a análise das iniquidades em saúde deve apoiar-se na posição social da pessoa (que agrupa muitos dos fatores de risco individuais como idade, sexo, hábitos alimentares, tabagismo e consumo de álcool, peso e pressão arterial) e nas características do contexto social mais amplo (local de residência urbano ou rural, situação ocupacional, políticas econômicas e sociais mais amplas). “Todo marco [de conhecimento] deve captar a idéia de que as vias finais fisiológicas que conduzem às más condições de saúde individuais estão inextricavelmente ligadas às condições sociais” (Diderichsen et al, 2002).

Tendo em vista essa concepção da determinação social da saúde, os autores apresentam um modelo constituído por quatro mecanismos que desempenham um papel na geração das iniquidades em saúde e, ao mesmo tempo, constituem pontos de partida de políticas para reduzir a falta de equidade em saúde: estratificação social; exposição diferencial; vulnerabilidade (ou susceptibilidade) diferencial; e conseqüências sociais diferenciais das más condições de saúde.

“A formulação de uma resposta política forte e adequada às iniqui-

dades de saúde obriga a agir numa ampla variedade de campos: em primeiro lugar, devem ser estabelecidos os valores; a seguir, há que se descrever e analisar as causas; depois, devem ser erradicadas as causas profundas das iniquidades; e, por último, devem-se reduzir as conseqüências negativas das más condições de saúde” (Whitehead et al, 2002).

Políticas eqüitativas constituem um meio para se alcançar a igualdade. Numa perspectiva relativamente utópica podemos pensar que ações desse tipo integrariam uma fase intermediária, transitória, visando a atingir a igualdade de condições, de oportunidades sociopolíticas. Ou seja, fazendo uma distribuição desigual para pessoas e grupos sociais desiguais (mais para quem tem menos) atingiríamos (hipoteticamente) uma situação de igualdade, em que todos teriam acesso às mesmas coisas, fossem elas bens e serviços ou oportunidades. Mas, uma vez atingido esse patamar de igualdade de condições as políticas eqüitativas ainda seriam necessárias, pois não se pode prescindir dos critérios de justiça. E, sobretudo no campo da saúde, em que as necessidades são sempre diferentes, em que cada caso é um caso, a igualdade de condições parece algo impossível (e indesejável) de ser atingido e

políticas eqüitativas serão sempre imprescindíveis.

Para saber mais:

BARATA, R. B.; BARRETO, M. L.; ALMEIDA FILHO, N.; VERAS, R. P. *Eqüidade e Saúde: contribuições da Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997.

BUARQUE de HOLANDA, A. *Novo Dicionário Eletrônico Aurélio*. Versão 5.0. Positivo Informática, s/d.

CARR-HILL, R.; CHALMERS-DIXON, P. *The Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement*. South East Public Health Observatory. Oxford, 2005.

DIDERICHSEN, F.; EVANS, T.; WHITEHEAD, M. Bases sociales de las disparidades en salud. In: EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; DIDERICHSEN, F.; BHUIVA, A.; WIRTH, M. (Ed.) *Desafío a la falta de Equidad en la Salud: de la ética a la acción*. Fundación Rockefeller: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica n. 585, 2002.

SCOREL, S. Os dilemas da eqüidade em saúde: aspectos conceituais. <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf>. Acesso em: ago. 2008.

EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; DIDERICHSEN, F.; BHUIVA, A.; WIRTH, M. (Ed.) *Desafío a la falta de Equidad en la Salud: de la ética a la acción*.



Fundación Rockefeller: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica n. 585, 2002.

GIOVANELLA, L. et al. Equidade em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 49-50: p. 13-22, dez. 1995/mar.1996.

KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S.V., ALMEIDA FILHO, N. A Glossary for Health Inequalities. *J. Epidemiol. Community Health*, 56: p. 647-652, 2002.

MARX, K. Observações à margem do Programa do Partido Operário Alemão. Crítica ao Programa de Gotha, 1875. In: MARX, K. & ENGELS, F. *Obras escolhidas*. São Paulo: Alfa-Omega, s/d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 11ª Conferência Nacional de Saúde. Legislação Básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

OPPENHEIM, F. E. Igualdade. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília: Ed. UnB, Linha Gráfica Editora, 3ª ed., p. 597-605, 1991.

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

SPOSATI, A. Exclusão social abaixo da linha do Equador. In: VERÁS, M. P. B. (Ed.) *Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam*. São Paulo: Educ, 1999.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais

no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V.; CARVALHO, A. I.; NORONHA, J. C. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

TURNER, B. *Equality*. London: New York, Ellis Horwood Limited: Tavistock Publications, 1986.

VIANA, S. M.; NUNES, A.; BARATA, R. B.; SANTOS, J. R. S. *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília, Ipea/Opas, 2001.

VIEIRA, L. M. V.; ALMEIDA FILHO, N. Distinção, diferença, desigualdade, iniquidade e a saúde: uma análise semântica. Salvador, 2000, mimeo.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, 22 (3): 429-445, 1992.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G.; GILSON, L. Construcción de una respuesta política a la falta de equidad en la salud: una perspectiva mundial. In: EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; DIDERICHSSEN, F.; BHUIVA, A.; WIRTH, M. (Ed.) *Desafío a la falta de Equidad en la Salud: de la ética a la acción*. Fundación Rockefeller: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica n. 585, 2002.