

# 1591

TEXTO PARA DISCUSSÃO

## CRITÉRIOS DE JUSTIÇA DISTRIBUTIVA EM SAÚDE

Roberto Passos Nogueira

Instituto de Pesquisa  
Econômica Aplicada

### CRITÉRIOS DE JUSTIÇA DISTRIBUTIVA EM SAÚDE

Roberto Passos Nogueira\*

\* Técnico de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea. O autor agradece a Luseni de Aquino (Diest), Fábio de Sá (Diest) e Guilherme Delgado (pesquisador aposentado do Ipea) pelos comentários e pelas sugestões.

## **Governo Federal**

**Secretaria de Assuntos Estratégicos da  
Presidência da República**

**Ministro Wellington Moreira Franco**

**ipea** Instituto de Pesquisa  
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

### **Presidente**

Marcio Pochmann

### **Diretor de Desenvolvimento Institucional**

Fernando Ferreira

### **Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais**

Mário Lisboa Theodoro

### **Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia**

José Celso Pereira Cardoso Júnior

### **Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas**

João Sicsú

### **Diretora de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais**

Liana Maria da Frota Carleial

### **Diretor de Estudos e Políticas Setoriais, de Inovação, Regulação e Infraestrutura**

Márcio Wohlers de Almeida

### **Diretor de Estudos e Políticas Sociais**

Jorge Abrahão de Castro

### **Chefe de Gabinete**

Persio Marco Antonio Davison

### **Assessor-chefe de Imprensa e Comunicação**

Daniel Castro

## **Texto para Discussão**

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos direta ou indiretamente desenvolvidos pelo Ipea, os quais, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

# SUMÁRIO

---

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO .....	7
2 A POSIÇÃO SUBALTERNA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS ORIGENS DA SEGURIDADE SOCIAL.....	9
3 EQUIDADE E RACIONALIDADE SANITÁRIA NA CONFORMAÇÃO INSTITUCIONAL DO SUS .....	13
4 A RACIONALIDADE DA SEGURIDADE SOCIAL NO SUS EM SUAS BASES CONSTITUCIONAIS.....	22
5 UMA QUESTÃO FILOSÓFICA: A SAÚDE CONSIDERADA COMO SUSTENTÁCULO DE HABILIDADES FUNDAMENTAIS .....	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	34
REFERÊNCIAS .....	37



## SINOPSE

São discutidas neste trabalho diferentes concepções sobre critérios distributivos em saúde com base na noção de equidade. Tem-se como principal pressuposto que as necessidades de saúde constituem simultaneamente necessidades de segurança social. As questões da equidade e dos limites da distribuição de serviços de saúde são analisadas a partir da conformação histórica da seguridade social no Brasil e dos ideais de igualdade e universalidade de acesso e integralidade da assistência defendidos pelo Movimento Sanitário nos anos 1980, os quais deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). É salientada a emergência, ao longo dessa história institucional, de um conflito entre racionalidades distributivas de três tipos: a securitária, a sanitária e a seguridade social. A articulação filosófica entre a saúde e a segurança social é realizada por meio do conceito de *habilidade fundamental*, tendo por referência o pensamento de Martin Heidegger e a noção similar apresentada por Amartya Sen. Conclui-se ser necessário que as políticas do SUS se pautem mais explicitamente pela racionalidade da seguridade social, ao considerar a saúde como sustentáculo das habilidades fundamentais humanas.

## ABSTRACT<sup>i</sup>

Different conceptions about distribution criteria in health services are discussed based on the notion of fairness, and in the assumption that health requirements are simultaneously social security needs. Issues of equity and limits in distribution of health services are highlighted as they are extracted from the history of social security in Brazil and the ideals of equality and universality of access and integrality of care pursued by Brazilian Health Movement in the 1980s, which led to the creation of Unified Health System (SUS). Along this institutional history, it is emphasized the emergence of a conflict among the social insurance, the sanitarian and the social security rationalities. The linkage between health and social security is studied through the concept of fundamental capabilities, according to Martin Heidegger's philosophy and similar concept presented by Amartya Sen. Concluding, it is stated that SUS policies should refer themselves more explicitly to the principles of social security rationality having the aim of preserving health as a fulcrum of fundamental human capabilities.

---

i. As versões em língua inglesa das sinopses desta coleção não são objeto de revisão pelo Editorial do Ipea.  
*The versions in English of the abstracts of this series have not been edited by Ipea's editorial department.*



## 1 INTRODUÇÃO

A discussão da justiça distributiva em saúde no Brasil tem-se limitado em grande parte ao problema de como interpretar o preceito de equidade e de como este deve fundamentar a orientação dada às políticas de saúde, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu significado filosófico tradicional, que vem desde Aristóteles, “equidade” é a arbitragem prudente que faz justiça diante do caso que carece de respaldo na lei. “Equidade”, em grego *epieikeia*, é o reclamo de justiça para além das brechas da lei (CARMO LUIZ, 2005). Portanto, é o apelo razoável à justiça em situações em que a mera observância da racionalidade da lei pode ser implacável com as pessoas.<sup>1</sup> Mas a equidade que será abordada neste trabalho tem acepção específica – é aquela atinente ao que é justo nas políticas públicas de saúde, em que há também um juízo a ser formulado para além do que especifica a lei.<sup>2</sup>

O significado e as implicações da equidade em saúde estão longe de gozar de consenso, inclusive no debate internacional (VIEIRA-DA-SILVA; AMEIDA FILHO, 2009), salvo pela característica comum de apontar para a diminuição progressiva das desigualdades entre os cidadãos de uma sociedade democrática. Que desigualdades são distinguidas quando a saúde está em tela de juízo? A avaliação da equidade em saúde está usualmente referida a um ou mais dos seguintes tipos de desigualdades: *i*) das condições de saúde dos grupos populacionais em decorrência de diferenças econômicas e sociais; *ii*) do acesso ao sistema de saúde em seus vários níveis de complexidade organizacional e técnica; e *iii*) do acesso a determinado programa ou segmento do sistema de saúde. É comum considerar que *ii* e *iii* estão compreendidos em *i*, já que as possibilidades de utilização dos serviços de saúde fazem parte das condições sociais de vida (WHITEHEAD, 1991; STARFIELD, 2002).

---

1. Em *A ciência do Direito*, Kant cita o caso de um trabalhador doméstico, o qual foi contratado para trabalhar durante dado período por valor estimado em uma moeda que, ao fim do período, perdeu muito de seu valor. Como não havia nenhum ponto no contrato atinente a esta casualidade, o empregado só poderia requerer o valor real que atribuiu a seu serviço mediante o apelo à equidade, “uma deusa surda que não se pode exigir ser ouvida pelo Direito” (KANT, 1952, p. 399-400).

2. Segundo Norberto Bobbio, o princípio de justiça distributiva da equidade consiste em “tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais” (*apud* SANTILLÁN, 2003, p. 209).

É sabido que, com exceção da minoritária doutrina aristotélica-cristã, todas as concepções filosóficas modernas sobre justiça distributiva têm origem comum no liberalismo, corrente de pensamento que, no século XVIII, rebelou-se contra todo tipo de tradição em nome dos princípios da razão, mas acabou se convertendo em uma tradição específica de interpretação da justiça, com sua própria racionalidade (MACTINTYRE, 1988). Neste ensaio, será indispensável invocar a contribuição de pensadores liberais da justiça como John Rawls, Amartya Sen e Michael Walzer.

A problemática da equidade no SUS tem sido ultimamente colocada no centro do debate acerca da “judicialização da saúde”. De um lado, argumenta-se que as demandas judiciais por serviços e medicamentos contrariam os ditames da equidade devido a que, em geral, só os mais privilegiados podem lançar mão do recurso judicial (CHIEFFI; BARATA, 2009). De outro lado, afirma-se que, a despeito de sua limitada racionalidade, como ingerência imediatista em uma política pública, as decisões judiciais vêm contribuindo para dar efetividade ao direito de todos à saúde, quando levam em consideração as normas técnicas vigentes, particularmente na assistência farmacêutica (PEPE *et al.*, 2010). Entendendo, da mesma maneira, que o direito à saúde deve obedecer a requisitos institucionais determinados pelo SUS, alguns juristas declaram ser indispensável criar limites legais ao princípio da integralidade da assistência, o qual muitas vezes é interpretado como a exigência de satisfazer todo tipo de necessidade terapêutica detectada pelos médicos, inclusive em relação a pacientes que estão em tratamento no setor privado (SANTOS, 2009).

Esses aspectos complexos e controversos da interpretação judicial do direito à saúde não serão tratados aqui em detalhe, mas somente como parte do contexto em que se definem os critérios distributivos em saúde no Brasil, ou seja, em uma perspectiva mais ampla de justiça, e não com base em propostas que aparecem como mera reação ao processo de judicialização ora em curso. Tal perspectiva é fornecida pela história e pela conformação da seguridade social, entendendo-se que as necessidades de saúde constituem simultaneamente necessidades de segurança social e que há íntima conexão

entre os resultados das políticas de saúde e os das políticas de seguridade social.<sup>3</sup> Nesse sentido, os objetivos, as prioridades e os limites distributivos do SUS aparecem como diversificados e historicamente perfectíveis na medida em que fazem parte desse amplo âmbito das políticas de bem-estar social.

O conceito que permite articular do ponto de vista filosófico as necessidades de saúde e as de segurança social é o de *habilidade fundamental*, que será exposto tendo por referência central o pensamento de Martin Heidegger e uma crítica à noção aparentada desenvolvida por Amartya Sen.

## **2 A POSIÇÃO SUBALTERNA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS ORIGENS DA SEGURIDADE SOCIAL**

As dimensões desse bem múltiplo e complexo que é a saúde são postas em evidência adequadamente quando se estuda sua vinculação com o conjunto dos objetivos e dos critérios distributivos da seguridade social e com as questões colocadas em cada fase de sua história institucional.

A assistência à saúde obteve grande evidência como tipo de prestação e cogitação doutrinária encampada por parte das instituições de seguro social criadas desde os anos 1920, mas seu papel real sempre foi subalterno às funções mais tradicionais do seguro social, sobretudo as aposentadorias para os trabalhadores e as pensões para seus dependentes em caso de falecimento do contribuinte. O que sempre limitou a extensão maior da garantia de serviços de saúde nos primórdios da seguridade social brasileira foi a baixa renda dos trabalhadores, associada a contexto de limitado desenvolvimento das relações capitalistas de trabalho. Se, como afirma Polanyi (2001), a proteção social expressa a reação de autodefesa dos trabalhadores e da sociedade diante dos perigos

---

3. De modo sintético, a seguridade social pode ser definida, de acordo com documentos da Organização Internacional do Trabalho (OIT), como "a proteção que a sociedade proporciona a seus membros, mediante uma série de medidas públicas, contra as privações econômicas e sociais que, de outra maneira, derivariam do desaparecimento ou da forte redução de seus rendimentos em consequência de enfermidade, maternidade, acidente de trabalho, enfermidade profissional, desemprego, invalidez, velhice e morte, bem como da proteção em forma de assistência médica e de apoio a famílias com filhos" (IPEA, 2009a, p. 22).

criados pelos “moinhos satânicos” dos processos capitalistas de trabalho, o insuficiente desenvolvimento do mercado de trabalho assalariado na economia brasileira representou um sério obstáculo à amplitude dos serviços de saúde oferecidos pelas entidades de seguridade social, situação que perdurou, em termos gerais, até a década de 1970.

A intenção de dar destaque à assistência à saúde já transparecia na Lei Eloy Chaves (Decreto Legislativo nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923), que é considerada o marco fundador da previdência social no Brasil. Seu Art. 9º coloca em primeiro lugar os serviços médicos e farmacêuticos, entre as prestações previstas:

Os empregados ferroviários, a que se refere o art. 2º desta lei, que tenham contribuído para os fundos da caixa com os descontos referidos no art. 3º, letra a, terão direito:

1º - a socorros médicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;

2º - a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;

3º - a aposentadoria;

4º - a pensão para seus herdeiros em caso de morte.

Espelhadas nos ditames da Lei Eloy Chaves, elaborados com vista aos ferroviários, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) foram implantadas, restritas sempre ao âmbito de empresas públicas e privadas. Os socorros médicos, aqui entendidos como assistência por médicos credenciados, tiveram, contudo, importância decrescente em termos do total de despesas efetuadas pelas CAPs: passaram de 47,1% em 1923 a 7,3% em 1949. O formato de organização por empresa fez que as caixas se multiplicassem rapidamente de tal modo que, em 1932, existia no país total de 140 CAPs, enfrentando, contudo, muitas limitações quanto à disponibilidade e ao uso dos recursos (FINKELMAN, 2002, p. 237). Mas os planos de benefícios dessas entidades eram muito diferenciados entre si, devido à falta de normas comuns, às expectativas próprias de cada segmento de trabalhadores e à variabilidade de sua capacidade contributiva.

Com a criação de variados Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), em 1933, o sistema de seguro social passou a ser organizado por categorias profissionais, e não mais por empresas. Persistiram, no entanto, as restrições às despesas com assistência médica. Por exemplo, no instituto dos marítimos, as despesas com esta rubrica não poderiam ultrapassar o limite de 8% da receita do ano anterior. Em outros institutos, como o dos industriários (Iapi), que contava com o maior número de contribuintes, o

decreto de criação declarava explicitamente que a assistência médica era fim secundário e concedido na medida das disponibilidades financeiras, restrição que foi repetida por todas as normas posteriores das entidades previdenciárias.

O Iapi criou um padrão de administração atuarial de recursos com base na capitalização e voltado essencialmente para a concessão de aposentadorias, pensões e auxílios, sendo que somente na década de 1950 passou a incluir os serviços médico-hospitalares entre os benefícios que prestava aos segurados (CORDEIRO, 1984, p. 27). Neste instituto, estava previsto o pagamento pelos contribuintes de uma alíquota mais elevada nas localidades em que havia disponibilidade de assistência médica (FINKELMAN, 2002, p. 238).

Os gestores das entidades previdenciárias mantinham muitas reservas quanto à ampliação substantiva da oferta de serviços médicos, conforme era desejo dos beneficiários. As limitações aplicadas no financiamento do benefício da assistência médica nos IAPs estão patentes na redação dada aos Arts. 47 e 48 da Lei Orgânica da Previdência Social (Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960), que regulava a provisão de assistência médica pelo Departamento Nacional de Previdência Social (DNPS):

Art 47. O DNPS organizará os serviços de assistência médica, que será feita de modo a assegurar, quanto possível, a liberdade de escolha do médico por parte dos beneficiários, dentre aqueles que forem credenciados, segundo o critério de seleção profissional estabelecido pelo regulamento desta lei, para atendimento em seus consultórios ou clínicas, na base da percepção de honorários per capita ou segundo tabela de serviços profissionais, observadas sempre as limitações do custeio dos serviços estabelecidas nesta lei.

Art 48. O segurado que utilizar para si ou seus dependentes, os serviços médicos em regime de livre escolha, participará do custeio de cada serviço que lhe for prestado, na proporção do salário real percebido, segundo a fórmula que o regulamento desta lei estabelecer.

O que se ressalta nesses artigos é a intenção de, por um lado, manter bastante limitada e controlada a dimensão da assistência médica prestada por hospitais e ambulatórios próprios do sistema de previdência social e, por outro lado, dar preferência aos serviços prestados por hospitais conveniados e médicos individualmente credenciados, de tal modo a resguardar o caráter de autonomia do exercício da Medicina e o direito à livre escolha do serviço por parte do usuário. A opção adotada foi a do

copagamento pelo beneficiário com terceirização dos serviços, afim de concentrar os esforços institucionais na função de custeio e evitar a necessidade de investimentos vultosos na instalação e na manutenção de hospitais e ambulatórios.

Após a unificação dos institutos e a criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), pelo Regime Militar, a rede de estabelecimentos hospitalares da previdência social era ainda bastante modesta quando comparada com a amplitude dos serviços contratados. A chamada “rede própria” compunha-se de 22 hospitais em atividade e cinco em construção, enquanto 2.300 dos 2.880 hospitais privados em atividade no país estavam contratados pelo sistema previdenciário (DONNANGELO, 1975, p. 37).

A preferência pelos convênios com terceiros para a assistência de saúde persistia nos anos 1980, quando começaram a ser desenvolvidos projetos de integração parcial dos serviços de saúde da previdência com a rede assistencial pública. A norma de cofinanciamento dos serviços de saúde pelos usuários continuava vigendo, mas não se sabe em que extensão era aplicada, ainda que a lei que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) (Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977) tivesse tornado mais claro como e em que casos se daria o copagamento pelos usuários de assistência (Art. 6º):

§ 2º - Fica o Poder Executivo autorizado a instituir um esquema de participação direta dos beneficiários, em função do seu nível de renda, no custeio dos serviços médicos de que se utilizarem e dos medicamentos que lhes forem fornecidos em ambulatórios.

§ 3º - No esquema de participação, de que trata o parágrafo anterior, o Poder Executivo poderá considerar outros fatores, além do nível de renda, tais como a natureza da doença, o vulto das despesas gerais e o porte do custeio.

Tais restrições, critérios e isenções comprovam que o INPS dava provas de ainda ser regido pela racionalidade securitária concebida em primeira mão pelos gerentes doutrinários do Iapi. Por exemplo, o valor da participação no custeio deveria ser tomado em consideração com a renda do usuário, tendo em vista particularmente os casos de doenças que implicariam, pelo esquema de participação, despesas de efeito catastrófico para a economia familiar do beneficiário. O seguro social e suas regras clássicas de vinculação contratual entre contribuição e direito a benefícios dominaram a orientação dada à gestão dos serviços de saúde nas CAPs, nos IAPs e, parcialmente, no INPS.

Essa racionalidade securitária que impunha a limitação e o severo controle dos serviços de saúde estava fadada a entrar em conflito com a racionalidade sanitária dos que defendiam a saúde como direito de todos e como prestação integralmente devida a cada cidadão pelo Estado. Com a criação do SUS, o triunfo da racionalidade sanitária se manifestou não somente na universalização do acesso como também no preceito de integralidade da assistência. Com a total ausência de restrições e condicionamentos do acesso aos diferentes níveis do sistema, a doutrina securitária no âmbito da saúde estava finalmente derrotada: qualquer alternativa de cofinanciamento pelos usuários apareceria doravante como algo contraposto aos princípios do sistema público unificado.<sup>4</sup>

### **3 EQUIDADE E RACIONALIDADE SANITÁRIA NA CONFORMAÇÃO INSTITUCIONAL DO SUS**

Segundo Walzer,

(...) os princípios de justiça são em si mesmos pluralísticos em sua forma. Diferentes bens sociais devem ser distribuídos por diferentes razões, com distintos procedimentos, por diferentes agentes. Todas essas diferenças derivam de diferentes entendimentos sobre os próprios bens sociais, que são o produto inevitável de um particularismo histórico e social (1983, p. 6).

Portanto, para Walzer, a hermenêutica dos critérios de justiça distributiva deve ter em consideração a multiplicidade das concepções acerca do bem e do justo que prevalece em cada sociedade ou em um dado estágio do desenvolvimento social, como algo característico de sua vida política e cultural.

Em uma primeira aproximação ao estudo dessa variabilidade histórica dos princípios de justiça em saúde, serão examinados dois casos que dizem respeito à interpretação da equidade no SUS: o primeiro remonta à formulação deste sistema nos anos 1980; e o segundo surge como justificativa das estratégias de focalização da assistência à saúde nos anos 1990.

---

4. O que permaneceu em caráter de cofinanciamento entre empregados e empregadores, contando ademais com subvenções fiscais do Estado, foi o setor de seguros e planos de saúde, cuja história de progressiva expansão a partir dos anos 1960 foi muito importante para o destino tomado pelo SUS, mas constitui assunto por demais complexo para o contexto desta discussão.

A ideia de que equidade implica tratar igualmente a todos a partir da condição de igualdade cidadã esteve muito presente no seio do Movimento Sanitário ao longo dos anos 1980. A esse respeito, Rodriguez Neto (1985) observava que o novo modelo de sistema de saúde – ou seja, o futuro SUS – deveria seguir o curso peculiar à democratização da sociedade brasileira, obedecendo à “equidade social”, como “direito básico do cidadão”. Por sua vez, o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, preconiza, entre outros requisitos, que o conjunto dos serviços deveria ser oferecido “de acordo com a equidade do acesso a todos que necessitam de atenção de saúde” e que a universalização dos serviços “deveria começar pelas áreas carentes ou desprovidas de qualquer tipo de assistência” (CNS, 1986).

Nessa época, a noção de equidade não apareceria fundamentada em qualquer teoria de justiça e tinha o significado de igualdade simples: qualquer cidadão é igual a outro. Peculiaridade do Movimento Sanitário era o radicalismo com que defendia a igualdade social e a democracia participativa, o que afasta a possibilidade de estabelecer uma vinculação de seus ideais com o liberalismo clássico. Os sanitaristas estavam imbuídos de um igualitarismo que pode ser denominado de jacobino, como se constata nesta declaração de intelectual militante:

O projeto da Reforma Sanitária portava um modelo de democracia cujas bases eram fundamentalmente: a formulação de uma utopia igualitária; a garantia da saúde como direito individual, e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática. Ao traduzir a noção de equidade como o acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, abolindo qualquer tipo de discriminação positiva ou negativa, a Reforma Sanitária assume a igualdade como valor e princípio normativo, formulando um modelo de ética e de justiça social fundado na solidariedade, em uma comunidade politicamente inclusiva (FLEURY, 1997, p. 33).

A concepção original do SUS visava eliminar qualquer estratégia de discriminação, mesmo que temporária, entre clientela socialmente distintas. O acesso universal e igualitário, que se converteu posteriormente em preceito constitucional, tinha o significado de incluir todos pela igualdade, em contraste com os serviços médicos previdenciários da época, que estabeleciam a desigualdade de acesso mediante a exigência da apresentação de documento que comprovasse a filiação ao INPS. Em contraposição, ao que se aspirava era que não houvesse mais diferenças relevantes entre, de um lado, os diversos tipos de trabalhadores – formais, informais e rurais – e, de outro, os desempregados e as donas de casa.

A inclusão almejada devia juntar duas grandes clientela: as que já tinham o direito de assistência integral enquanto pertencentes ao sistema previdenciário e as que adquiriam este direito pelo mero fato de serem cidadãos. Portanto, os critérios orientadores da distribuição dos bens e dos serviços do SUS eram a cidadania como condição universal e a saúde como direito de todos.

Quase duas décadas depois do ordenamento constitucional do SUS, Paim pergunta se este sistema alcançou bons resultados em sua política da promoção da equidade cidadã. E responde, “em termos”:

Ou seja, o SUS, enquanto política pública, foi formulado na perspectiva do acesso universal, da igualdade e da justiça social no que diz respeito às necessidades de saúde da população brasileira. Na medida em que a equidade seja concebida na perspectiva ética e da justiça, esta política pública tem um grande potencial de alcançá-la, não obstante as históricas iniquidades presentes na sociedade brasileira, agravadas pelas novas versões do capitalismo em tempos de globalização (PAIM, 2006, p. 43).

O autor aporta como evidência de resultados positivos de promoção da equidade o fato de que milhões de brasileiros – algo em torno de um terço da população – foram incluídos na assistência à saúde de todos os tipos de complexidade, inclusive por meio dos serviços básicos prestados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), hoje já presente em praticamente todos os municípios. Mas sublinha que o SUS tem um potencial de equidade que ainda não foi plenamente explorado.

Não está proposto aqui o objetivo de avaliar os resultados obtidos pelo SUS em relação a sua concepção de equidade, como garantia de serviços de acesso universal e igualitário, o que foi realizado em anterior trabalho de equipe (IPEA, 2009b). De qualquer maneira, é preciso enfatizar que muitos dos milhões de usuários dos serviços das equipes de saúde da família ainda não conseguem de modo adequado ser atendidos pelos níveis de maior complexidade assistencial do sistema (BRASIL, 2005). Isto significa que a inclusão promovida por esta estratégia é ainda parcial em relação ao objetivo de universalização do acesso a todos os níveis do sistema. Por outro lado, do ponto de vista organizacional, os próprios serviços de saúde da família estão limitados a cobrir a população de uma restrita área geográfica que neste local vive, caracterizando-se por acesso seletivo, não igualitário, denominado tecnicamente de “adscrição de clientela”. Portanto, estes serviços não obedecem à lógica da livre demanda que prevalece, por

exemplo, nos hospitais do SUS. O critério distributivo da ESF é a vinculação a uma dada área urbana ou rural caracterizada pela situação de pobreza, mas não a partir de um “corte” por nível de renda, como acontece com o Programa Bolsa Família (PBF), com o qual mantém semelhanças como programa focalizado.<sup>5</sup>

A inclusão seletiva associada à estratégia de saúde da família vem sendo justificada do ponto de vista doutrinário mediante hipotética fundamentação na teoria da justiça de John Rawls, na medida em que concede prioridade de atendimento aos “membros menos privilegiados da sociedade”:

A focalização assume o sentido de ação afirmativa ou discriminação positiva, como proposto por Rawls (1997), a partir da instauração de uma seletividade dos potenciais beneficiários da política, de forma a ampliar o acesso econômico, social e cultural dos segmentos sociais que realmente precisam (SENNA, 2002, p. 206).

Justificativas semelhantes, com ou sem explícita alusão a Rawls, são apresentadas para outros programas do SUS. Há até mesmo tendência a redefinir a noção de equidade em saúde, considerando-a como equivalente a organizar ações e serviços direcionados para grupos em condições de desigualdade, desvantagem ou exclusão sociais (CARNEIRO JR; ELIAS, 2006; SISSON, 2007). A concepção da equidade como “ação afirmativa”, atribuída a Rawls, também tem sido mencionada como estando na base das políticas recentes de cotas de acesso à educação superior e transferência de renda por meio do PBF (PHILLIPS, 2001; DINIZ, 2007). Portanto, há todo um novo contexto cultural próprio da década de 2000 que se caracteriza por um esforço, sobretudo por parte de autores da área acadêmica, de justificar a focalização nos mais carentes por referência a uma teoria de justiça tão respeitada quanto a de Rawls.

---

5. Os motivos identificados junto aos gestores do SUS para implantação da estratégia de saúde da família em dez grandes centros urbanos foram os seguintes: “Extensão de cobertura para áreas de difícil acesso com oferta insuficiente ou ausente foi motivo apontado em todos os municípios, dando-se prioridade, na implantação das primeiras ESF, na cobertura de grupos vulneráveis identificados, como população de baixa renda, de maior risco epidemiológico ou áreas de risco social. Em diversos municípios, a opção para escolha das primeiras áreas, nas quais o PSF seria implantado, foi começar por bairros sem serviços de saúde, de difícil acesso e com população de baixa renda” (BRASIL, 2005, p. 72).

Duas observações críticas cabem a este respeito. Em primeiro lugar, é preciso não confundir o critério seletivo de usuários ou focalização da ESF com os critérios da ação afirmativa, na medida em que os “membros mais privilegiados da sociedade” não participam da demanda por esses serviços. Isto é algo bem distinto dos contextos de aberta competição: nos concursos públicos, com a reserva de vagas para candidatos portadores de deficiência; e no acesso às universidades públicas, mediante a política de cotas raciais.

Em segundo lugar, cumpre demonstrar o erro interpretativo cometido a respeito do pensamento de Rawls. Em sua teoria de justiça, nem a saúde nem o restante das políticas de bem-estar ocupam lugar relevante. Os dois princípios que Rawls atribui ao funcionamento da estrutura básica da sociedade, ou seja, das instituições responsáveis pela manutenção da igualdade democrática, referem-se à distribuição de bens primários: liberdade e oportunidade, renda e riqueza, e fundamentos do autorrespeito (RAWLS, 1971, p. 62). Para Rawls, a saúde é um bem primário “natural”, almejado por todos e influenciado pela estrutura básica da sociedade, mas, ao contrário dos outros bens básicos mencionados, não pode ser controlada tão diretamente pelos poderes institucionais encarregados de fazer justiça aos cidadãos.

Do ponto de vista dos arranjos institucionais necessários à aplicação dos princípios fundamentais de justiça, Rawls considera que se deve levar em conta antes de tudo a prioridade da liberdade – que só pode ser restringida em nome dela mesma – e a prioridade da justiça diante de questões de eficiência e bem-estar (RAWLS, 1971, p. 302). Em *Liberalismo político*, Rawls (1996, p. 20) afirma que acidentes e enfermidades podem interromper de modo permanente ou temporário a cooperação social. Quanto a isso, devem existir dispositivos para eventualmente recuperar a capacidade cooperativa do cidadão. Mas observa que essas contingências devem ser postas à parte na exposição daquilo que é central em sua teoria, que são os termos da cooperação social entre cidadãos considerados como livres e iguais.

É oportuno, para efeito de cotejo, reler o princípio da diferença tal como foi formulado no livro *Liberalismo político*, que é posterior a *Teoria da justiça*:

As desigualdades econômicas e sociais devem satisfazer duas condições: primeiro, devem ser concernentes a posições e cargos abertos a todos sob condições de razoável (“fair”) igualdade de oportunidade; e segundo, devem existir para o maior benefício dos membros mais desfavorecidos da sociedade (RAWLS, 1996, p. 6).

Como interpretar o princípio da diferença a partir do próprio Rawls? Relaciona-se de modo direto com as origens de diferenciais de poder e renda, mas apenas indiretamente com a questão da distribuição de bens sociais. Por exemplo, se os cargos de um sistema de saúde público forem de acesso aberto a todos, sob razoável igualdade de oportunidade – ou seja, mediante concurso público –, os melhores profissionais poderão ser selecionados e, apesar de obterem renda diferenciada, suas qualificações beneficiam os mais desfavorecidos.

Retornando ao problema da equidade em saúde, pode-se dizer resumidamente que, no contexto histórico dos anos 1980 e 1990, o preceito de equidade aparece como decorrente de um problema concreto de iniquidade percebido no sistema de saúde a ser resolvido com a completa mudança desse sistema. No segundo contexto, surge nova interpretação da equidade que é referida à teoria da justiça de John Rawls e preconiza como direcionalidade política a discriminação positiva dos membros menos privilegiados da sociedade. Mas, a despeito disso, deve ser reconhecido que, assim como acontece com o PBF, a ESF goza de ampla validade política junto às autoridades públicas e à população beneficiária, e é nisto que se apoia para sua contínua expansão.

Contudo, a defesa da equidade como focalização, que surge a partir de uma posição de observador acadêmico, é algo muito diferente dos preceitos de justiça defendidos pelo Movimento Sanitário, os quais, a despeito de não terem nenhuma clara procedência doutrinária, foram materializados em artigos constitucionais e na lei orgânica do sistema como pedras de toque do direito de todos à saúde. Ademais, a conquista da constitucionalidade do direito à saúde é consentânea com o pensamento de justiça que se fundamenta na reivindicação *tout court* dos direitos sociais (NUSSBAUM, 2003).<sup>6</sup>

A equidade no SUS costuma ser referida como perfazendo uma tríade com os princípios da universalidade e da integralidade, sendo esta “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos,

---

6. A consagração constitucional do direito à saúde no Brasil pode ser considerada um grande passo para sua efetividade, na medida em que fornece uma clara referência, por exemplo, para a arbitragem judicial, o que é comprovado pelo grande número de pleitos que têm obtido sucesso ao apelar para a segunda parte do Art. 196 da Constituição – “(...) o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Lei Orgânica da Saúde – LOS, Art. 7º. O preceito de integralidade requer que o sistema de saúde e seus profissionais identifiquem e ajam de tal modo a “responder universalmente às necessidades de cada um” (AYRES, 2009, p. 14). Assim, a integralidade da assistência tem parentesco próximo ao conhecido dito de justiça distributiva: “a cada um segundo sua necessidade”. Esta frase, sob a forma “de cada qual segundo sua capacidade, a cada qual segundo suas necessidades”, aparece na *Crítica ao Programa de Gotha*, de Marx.<sup>7</sup>

Tal comparação é cabível para evidenciar o alto grau de radicalismo democrático e idealidade com que foram concebidos os princípios do SUS. Contudo, como atender a todas as necessidades de saúde de cada pessoa se estas têm sempre um caráter social? Quem está autorizado a avaliar as necessidades de assistência médica quando se sabe que, neste campo, a oferta cria a demanda e que ninguém quer deixar de dar a seus entes queridos enfermos não só o que faz parte da rotina dos cuidados médicos nos hospitais e ambulatorios públicos, mas também o que parece ser a última palavra da ciência médica em matéria de terapêutica para esta ou aquela enfermidade?<sup>8</sup>

Nesse sentido, os reclamos de justiça fundados na noção de necessidade, como critério distributivo, precisam sempre ser devidamente avaliados quando são tomadas como justificativa para garantir o direito à saúde ou qualquer outro, como adverte Walzer:

A despeito do caráter impositivo da palavra, as necessidades são enganosas. As pessoas não apenas têm necessidades, elas têm idéias sobre suas necessidades; têm prioridades, têm graus de necessidade; e essas prioridades e graus estão relacionados não apenas com sua natureza humana, mas também com sua história e cultura. Dado que os recursos são sempre escassos, escolhas difíceis têm de ser feitas.

7. Este preceito distributivo costuma ser citado sem associá-lo ao contexto em que surge nesta obra, ou seja, como parte de sua caracterização da sociedade comunista: “(...) quando, com o desenvolvimento dos indivíduos em todos os seus aspectos, crescerem também as forças produtivas e jorrarem em caudais os mananciais da riqueza coletiva, só então será possível ultrapassar-se totalmente o estreito horizonte do direito burguês (...)” (MARX, 1980, p. 15).

8. É preciso ouvir com atenção uma ácida crítica como a seguinte, que parte de um intelectual que estudou com profundidade as mazelas dos sistemas de saúde: “(...) o sistema médico, em um mundo impregnado do ideal instrumental da ciência, cria constantemente a necessidade de novos cuidados de saúde. Mas quanto maior é a oferta de saúde, mais as pessoas respondem que têm problemas, necessidades e doenças. Cada um exige que o progresso ponha fim aos sofrimentos corporais, mantenha o frescor da juventude o maior tempo possível e prolongue a vida ao infinito. Nem velhice, nem dor, nem morte (ILLICH, 1999, p. 28).

Suspeito que estas têm de ser escolhas políticas. Estão sujeitas a uma elucidação filosófica, mas a idéia de necessidade e de compromisso com a provisão pública não fornecem nenhuma determinação clara de prioridades ou graus. Claramente, não podemos e não precisamos atender a cada necessidade no mesmo grau ou qualquer necessidade até o último grau (1983, p. 66-67).

De outra parte, o debate recente sobre a judicialização do SUS aporta novas evidências de que as necessidades são criadas e recriadas incessantemente em um setor altamente tecnológico como é o da assistência hospitalar e farmacêutica à saúde, comprovando ser impossível dar tudo a todos, conforme dizem as necessidades avaliadas pelos médicos e sancionadas pelos juízes, em um país em que a avaliação e o controle de novas tecnologias nesta área são ainda muito incipientes. A interpretação usual do direito à saúde pela justiça faz que o SUS seja obrigado, por exemplo, a fornecer medicamentos ou prestar cuidados intensivos a quem se encontra sob tratamento no setor privado. Com a regulamentação da integralidade, esse preceito estaria claramente reservado e caracterizado para o atendimento de pacientes devidamente inscritos em estabelecimentos do SUS e de acordo com protocolos assistenciais desse sistema.<sup>9</sup>

Portanto, o critério distributivo da necessidade como fundamento da integralidade precisaria ser revisto, em sua definição na LOS, de tal modo que se tornasse compatível com a conclusão da citada advertência feita por Walzer: “(...) não podemos e não precisamos atender a cada necessidade no mesmo grau ou qualquer necessidade até o último grau”.

Contudo, há outro aspecto da efetividade desse direito que se relaciona com a adequada dimensão das despesas públicas realizadas no setor. Kinney e Clark (2004) constataram que 67,5% das constituições nacionais em todo o mundo registram explicitamente alguma provisão relacionada com saúde ou serviços de saúde, embora

---

9. A pressão desencadeada sobre os recursos escassos do sistema pelas ações judiciais fez que os juristas comprometidos com a perspectiva da Reforma Sanitária passassem a cogitar a regulamentação do preceito da integralidade da assistência: “(...) a integralidade precisa ser balizada por princípios, diretrizes e normas constitucionais e legais para, desde logo, impedir o argumento de que tudo, irrestritamente, cabe no direito à saúde, ou ao contrário senso, tudo pode ser negado em nome da falta de financiamento” (SANTOS, 2009, p. 69).

em geral sejam os paies com menor grau de desenvolvimento e democracias menos consolidadas que apresentam provisoes amplas em termos do direito a saude.<sup>10</sup>

A partir do pressuposto de que o suporte financeiro e um claro indicador da efetividade desse direito, esses autores verificaram que paies com o maior grau de comprometimento constitucional, de acordo com o grau de explicitacao das nooes de obrigacao e/ou de direito, tinham gasto publico *per capita* com saude que representava a metade daquele realizado por paies que nao tinham qualquer provisao constitucional a esse respeito. Entre estes ultimos, encontram-se Dinamarca, Noruega, Suecia, Alemanha, Canada e Estados Unidos, cujo gasto publico *per capita* em 2000 situava-se acima de US\$ 1,8 mil *per capita*. De acordo com este criterio avaliativo e tendo em mente que o Brasil apresenta atualmente gasto publico da ordem de US\$ 350,00 *per capita*, pode-se afirmar que o compromisso governamental com a equidade em saude, como consta dos termos constitucionais, esta longe de ser efetivo.

Ao longo da decada de 1990, o SUS emergiu gradualmente por meio de uma configuracao que une tres segmentos principais: a media e a alta complexidade hospitalar – publica e privada –, os servicos de urgencia e os servicos basicos. Todavia, a oferta de servicos por cada um desses segmentos se mostrou insatisfatoria em termos de quantidade e qualidade, pouco articulada entre si e deixando inumeros vazios assistenciais na media complexidade hospitalar e no atendimento ambulatorial por especialidades. A despeito da nao adocao de criterios restritivos de acesso, a disponibilidade orcamentaria do SUS, na pratica, passou a constituir barreira intransponivel adiante da grande demanda dos usuarios.

Com as dificuldades de dar eficacia a rede assistencial por escassez financeira e com a mara montante das aoes judiciais que afundam o planejamento das secretarias de saude, a racionalidade da seguridade social contemporanea esta se impondo como *tertius* no confronto entre a racionalidade securitaria – centrada no controle das despesas com saude – e a racionalidade sanitaria – centrada no primado do atendimento integral nao regulado.

---

10. O caso do Haiti e muito interessante porque retrata aparentemente o resultado da contribuicao de consultores estrangeiros bem intencionados: "(...) o Estado tem a obrigacao absoluta de garantir o direito a vida, a saude e o respeito a pessoa humana para todos os cidadaos, sem distincao, em conformidade com a declaracao universal dos direitos do homem (...). O Estado tem a obrigacao de garantir a todos os cidadaos, em todas as divisoes territoriais, meios adequados para garantir a protecao, manutencao e restauracao da saude por meio da criacao de hospitais, centros de saude e farmacias" (KINNEY; CLARK, 2004, p. 294).

Este trabalho pretende demonstrar que, de um lado, um novo sistema de saúde, o SUS, pôde ser criado a partir da ideia de equidade como equalização do acesso a todos os cidadãos. De outro lado, a ESF tem sido justificada como constituindo uma equidade de orientação focalizada. Pode-se, então, indagar: É possível compatibilizar esses dois preceitos diferentes de equidade?

A resposta é *não*, se a equidade for entendida como a conquista definitiva da condição de igualdade e universalidade da cobertura real pelos serviços do SUS. E *sim*, se for entendida como um longo caminhar em direção a menores desigualdades sociais. No último caso, dever-se-ia falar de distintos critérios distributivos que se tornam compatíveis entre si em um horizonte de desenvolvimento histórico. No âmbito internacional, esses critérios distributivos têm como paradigma de progressividade a Convenção OIT n.º 102, que, desde 1955, estabelece mínimos de segurança social para efeito de adesão pelos governos dos países.

#### **4 A RACIONALIDADE DA SEGURIDADE SOCIAL NO SUS EM SUAS BASES CONSTITUCIONAIS**

A seguridade social brasileira adota critérios securitários de distribuição no âmbito da previdência urbana, mas mantém ampla gama de benefícios e serviços não vinculados à contribuição individual direta, tendencialmente universais, na previdência rural, na assistência social – idosos, portadores de deficiência e famílias carentes – e nos serviços de saúde do SUS. Se examinado em seu conjunto, o sistema de seguridade social pauta-se por concepção que considera a equidade como um objetivo historicamente perfectível. Contudo, a potencialidade de coesão doutrinária do conceito de seguridade social jamais foi devidamente aproveitada pelas políticas de saúde.

O SUS se insere na seguridade social por meio de três relevantes funções de proteção social. Em primeiro lugar, protege as famílias, de diferentes níveis de renda, em relação ao risco de falência financeira, que ocorreria caso estas dependessem de serviços de mercado para o tratamento de problemas de saúde extremamente graves que requerem, por exemplo, transplante de órgão, diálise renal e assistência farmacêutica de alto custo; em segundo lugar, protege a população de baixa renda em relação ao risco de agravamento de sua condição social de pobreza em decorrência de enfermidades

agudas e crônicas e de acidentes; em terceiro lugar, por meio de seus diferentes serviços de prevenção, tratamento e reabilitação, garante a muitos estratos da população condições de saúde que permitem o exercício da cidadania, de atividades produtivas e da convivência sociopolítica.

O SUS foi formalmente inscrito na seguridade social pela Constituição, mas, pode-se afirmar que a racionalidade da seguridade ainda não penetrou no SUS e tampouco sensibiliza seus gestores. Portanto, faz-se necessário discutir, ainda que em caráter preliminar, em que consistem os objetivos, os critérios e os limites distributivos do SUS como componente da seguridade social, empreendimento que se torna mais convincente quando se parte da consideração dos termos constitucionais.

#### **4.1 OBJETIVOS DE UNIVERSALIDADE DA COBERTURA E DO ATENDIMENTO**

O Art. 194 da Constituição estabelece como primeiro objetivo do sistema de seguridade social a universalidade da cobertura e do atendimento. Aparentemente, o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (Art. 196) já constitui garantia suficiente para o alcance deste objetivo por parte do SUS. No entanto, não é bem assim, pois, no caso dos serviços de saúde, ao contrário do que acontece em relação aos benefícios monetários, ocorre a não coincidência entre acesso e cobertura. O SUS, em seus serviços, oferece atendimento a todos os que o demandam, sem distinção. Portanto, a universalidade do atendimento já é dada. Mas a universalidade da cobertura ainda é restrita, por três motivos: *i*) porque a população enfrenta dificuldades na acessibilidade geográfica – ou econômica – às instalações que ofertam os serviços; *ii*) porque a cobertura depende da capacidade instalada de atendimento, em termos de recursos físicos e humanos, nas diferentes regiões e microrregiões do país; e *iii*) porque a capacidade instalada depende dos investimentos realizados no setor, os quais não são ainda suficientes para atender a totalidade da demanda.

Portanto, no caso do SUS, o objetivo de universalidade da cobertura ainda se encontra colocado no horizonte, ou seja, é algo a ser progressivamente alcançado, o que é perfeitamente compatível com o objetivo explicitado na Constituição. O que limita a amplitude da cobertura efetiva dos serviços do SUS é o montante disponível de recursos financeiros para investimento e custeio, o qual ainda não permite alcançar um grau adequado de desconcentração dos serviços ambulatoriais e hospitalares prestados pela rede pública e pelo setor privado complementar. O mesmo pode ser dito de outros serviços da seguridade, como os da assistência social, cuja universalização enfrenta ainda maiores dificuldades.

## 4.2 OBJETIVOS DE SELETIVIDADE E DISTRIBUTIVIDADE NA PRESTAÇÃO DOS BENEFÍCIOS E DOS SERVIÇOS

A seletividade diz respeito à prioridade de concentrar benefícios e serviços em favor dos segmentos populacionais em condição de desvantagem social. É aquilo que antes, por meio de citações, foi caracterizado como discriminação positiva. Mas a seletividade não é dada somente pelo critério de baixa renda dos beneficiados, mas também por condições especiais de vulnerabilidade, tais como a deficiência e a idade avançada. A distributividade, por sua vez, relaciona-se com o efeito de distribuição de renda que o Estado efetua por meio desses benefícios e serviços, para além do pressuposto da solidariedade intergeracional, peculiar ao seguro social. Neste ponto, a distribuição de renda dá-se, sobretudo, com recursos arrecadados pelo Estado por meio de impostos e contribuições sociais específicas.

A seletividade e a distributividade constituem objetivos que se reforçam mutuamente em políticas como o PBF e a ESF. Portanto, não é preciso buscar muito longe a regra seletiva desses programas, recorrendo ao pensamento dos filósofos de justiça, porque a Constituição já o determina com clareza suficiente no capítulo da seguridade social. Por outro lado, cumpre lembrar que o Art. 6º da Constituição reconhece como direito social a assistência aos desamparados. Com isso, fica claro que a abordagem distributiva da focalização não é estranha aos preceitos constitucionais da seguridade social, desde que essa abordagem não seja entendida como algo desvinculado dos objetivos mais gerais de universalidade da cobertura e do atendimento, ou seja, não reduza as políticas sociais aos programas de combate à pobreza.

## 4.3 PRIORIDADES E LIMITES DE ATENDIMENTO PELO SUS

A questão das prioridades de atendimento pelo SUS está hoje muito obscurecida pelo primado da integralidade, que aparentemente exige que o prioritário seja determinado a partir das necessidades de cada caso, e não de regras gerais. Contudo, diversos tipos de prioridades institucionais de atendimento têm sido estabelecidos ao longo da história do SUS por motivos vinculados à disponibilidade de recursos, e também por programas orientados ou financiados pelo Ministério da Saúde (MS).

Há também razões de ordem histórico-institucional que justificam a determinação de prioridades assistenciais. Seguindo uma orientação doutrinária que teve origem no

Iapi, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) dava atenção especial aos grandes riscos de saúde ou riscos catastróficos, associados às doenças graves e à deficiência, os quais, se não houvesse um sistema de proteção social, poderiam levar à ruína da economia familiar. As necessidades de saúde mais corriqueiras poderiam ser atendidas por conta dos recursos próprios dos beneficiários. Desse modo, o INAMPS privilegiava a assistência hospitalar para doenças agudas de maior gravidade e o atendimento de urgências em ambulatórios e estabelecimentos com internação. Por sua vez, no período anterior à fusão com o INAMPS, o Ministério da Saúde privilegiava a assistência aos mais desfavorecidos, ou seja, os não assistidos pelo sistema previdenciário. Assim, além dos serviços de saúde pública, o ministério estava voltado, com as secretarias de saúde das unidades federadas, para a assistência hospitalar aos doentes crônicos e para os serviços básicos de saúde em unidades ambulatoriais ou de reduzida capacidade de internação.

O SUS buscou criar todo um novo conjunto de prioridades assistenciais, mas, inevitavelmente, foi muito influenciado por esses antecedentes institucionais e isto faz que o atendimento de alta complexidade e os serviços básicos de saúde constituam os dois componentes de maior destaque do sistema. É por essa tradição de alta complexidade que o Brasil tem programas extensivos em áreas como transplante de órgãos, assistência hospitalar e farmacêutica aos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV)/AIDS, diálise renal, tratamento de doenças crônico-degenerativas e outras condições graves similares que implicam grandes despesas relativas. No polo oposto da escala de complexidade tecnológica encontram-se os serviços oferecidos pela ESF e outras formas organizacionais de prestação de serviços básicos. Uma terceira linha de prioridade para o SUS vem se configurando nos últimos anos, sendo constituída pelos serviços para urgências e pronto atendimento.

Embora esse padrão de prioridades assistenciais pareça distorcido para muitos, porque leva a uma concentração de despesas na esfera da alta complexidade, deve-se reconhecer que corresponde a uma orientação historicamente definida ao longo da evolução da seguridade social no Brasil, assumida pelo SUS ao dar proteção destacada a três tipos principais de riscos sociais: o catastrófico (alta complexidade); o risco iminente de morte e deficiência (urgências e emergências) e a condição de pobreza e exclusão social (serviços básicos, incluindo saúde da família).

Onde se estabelecem prioridades também são definidos certos limites distributivos que, por sua vez, impõem-se pela finitude dos recursos. Mas deve-se dizer adicionalmente que onde se estabelecem prioridades certas garantias deveriam ser dadas em relação à população que pode ser efetivamente coberta e atendida (IPEA, 2009b). O SUS hoje se encontra na contingência de criar mecanismos de planejamento e gestão que tornem mais explícitas suas prioridades e seus limites assistenciais, fornecendo, ao mesmo tempo, garantias de atendimento para que seja definitivamente afastada a falsa impressão que pode dar tudo a todos, quando nem sequer consegue tornar público aquilo que pode garantidamente oferecer.

## **5 UMA QUESTÃO FILOSÓFICA: A SAÚDE CONSIDERADA COMO SUSTENTÁCULO DE HABILIDADES FUNDAMENTAIS**

Um dos problemas das concepções usuais da equidade em saúde é que estas costumam ser elaboradas em termos extremamente idealizados e abstratos, nos quais, ademais, a saúde é tomada como um bem em si mesmo, isolado dos outros bens de relevância para a vida das pessoas. Por exemplo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou documento, em 1986, que apresenta a seguinte definição:

Equidade em saúde implica que idealmente todos devem ter uma oportunidade justa para atingir seu potencial pleno de saúde e, de forma mais pragmática, que ninguém deve ser desfavorecido no alcance desse potencial, se isto puder ser evitado (WHITEHEAD, 1991, p. 220).

Whitehead esclarece que esse conceito propõe não exatamente a eliminação de todas as desigualdades em saúde, mas somente daquelas que não são razoáveis, ou seja, as que simultaneamente são iníquas e evitáveis, de modo que sejam criadas oportunidades iguais para alcançar a saúde e conduzir os diferenciais de saúde ao nível menor possível.

A citada definição de equidade pode ser um bom ponto de partida para discutir o que é este bem especial, a saúde. Contudo, o defeito dessa definição, como o de outras similares, encontra-se em sua idealidade, que acaba por anular o poder heurístico do

preceito, isto é, sua capacidade de orientar as políticas públicas. Ninguém sabe o que fazer quando se tem em mãos uma definição tão cabal e idealizada.<sup>11</sup>

Pode-se afirmar que “atingir o potencial pleno de saúde” é algo que também está sendo almejado pelos que frequentam as academias de ginástica e, embora este seja um tipo de prática social muito valorizada, nada tem a ver com justiça distributiva. Há no imaginário social contemporâneo um culto obsessivo da saúde perfeita, que foi convertida no bem supremo da vida humana (ILLICH, 1999). Torna-se cada vez mais difícil distinguir, no consumo de bens e serviços de saúde, aquilo que exprime uma necessidade básica daquilo que é o resultado da ânsia por efeitos estéticos corporais. O objetivo de “atingir o potencial pleno de saúde” não esclarece nada a respeito desta situação embaraçosa para as políticas de saúde e, pelo contrário, vem em seu reforço.

Ademais, para uma perspectiva filosófica, a expressão “potencial pleno” aparece como redundante, porque a saúde deve ser concebida como potencialidade em si, na medida em que constitui um conjunto de habilidades que garantem o *estar-bem* de cada um. A saúde não é um estado de coisas, mas uma potencialidade humana e é dispensável falar de “potencial pleno” porque inexiste meia saúde.

Contudo, a discussão feita por compreensão de Whitehead a respeito da citada definição traz duas noções importantes para a análise da justiça distributiva neste campo: *i*) o conceito de oportunidades de saúde; e *ii*) considerar que é a sociedade como um todo que distribui as oportunidades de saúde, e não apenas o sistema de saúde. Depreende-se disto que a preservação ou a recuperação da saúde está relacionada com uma multiplicidade de vias distributivas pelas quais as necessidades podem ser satisfeitas por meio de distintas oportunidades econômicas e sociais.

Não se constituindo em um bem homogêneo similar à renda monetária, a saúde não pode ser distribuída em sentido literal. O que a sociedade pode proporcionar são

---

11. O alto grau de idealidade dessa definição faz abstração de todo tipo de relação econômico-social de distribuição sob condições capitalistas, pressupondo uma completa igualdade das condições de vida. Com isso, há o risco de que a equidade seja entendida como um preceito da “justiça eterna”, conforme ironicamente observava Marx (1968, p. 93) em sua crítica à doutrina social de Proudhon.

diferentes oportunidades de saúde. O consumo de alimento não menos que o acesso a serviços de saúde compõe parte de tais oportunidades. Um passo adicional pode ser dado nessa linha de pensamento ao entender que a palavra oportunidade serve para acentuar o fato de que não há garantia de que o objetivo implícito da distribuição é sempre alcançado: o excesso ou a má seleção dos alimentos pode trazer doença, do mesmo modo que erros médicos na provisão dos serviços de saúde podem piorar a condição dos pacientes e até conduzi-los a óbito.<sup>12</sup>

Quando se busca entender o conceito de saúde pela ótica habitual, passando pelas ciências médicas, especialmente, a clínica, a patologia e a epidemiologia, a essência daquilo que o ser humano almeja, ou seja, a saúde como bem, permanece na obscuridade. Isto significa que o problema do significado humano da saúde é omitido pela abordagem da equidade fundamentada nas categorias científicas da Medicina, embora os epidemiologistas atualmente falem muito de determinantes sociais da saúde. O que acontece nesse tipo de análise é que o caráter social desses determinantes – entendidos como causas decorrentes do trabalho, da renda, da moradia etc. – é meramente justaposto ao caráter biológico da saúde e da doença, com base em dados fornecidos pelas taxas de mortalidade, esperança de vida ao nascer ou qualquer outro tipo de medida similar (NOGUEIRA, 2009).

Assim, frequentemente a saúde é entendida como ausência de doença ou, alternativamente, como prolongamento da expectativa de vida, pressupondo que a população que vive mais tem mais saúde. O emprego das categorias biológicas de identificação da presença ou ausência de doenças e de sobrevivência temporal como caracterização da saúde leva a considerar o homem de acordo com dimensões que não estabelecem nenhuma diferença relevante em relação aos animais, pois tais critérios podem ser igualmente aplicados às cobaias de laboratório. O próprio conceito utilitarista de saúde como completo bem-estar, por não ser compatível com o requisito de mensuração, acaba sendo posto de lado.

---

12. Essa condição, denominada tecnicamente de enfermidade iatrogênica, foi examinada minuciosamente por Illich (2000) e constitui forte evidência contra a crença utilitarista que pressupõe ser benéfico qualquer tipo de ação de saúde. Nessa obra, Illich caracteriza a enfermidade iatrogênica como “contraprodutividade específica” dos serviços de saúde.

Para se ter uma orientao adequada sobre o que e a saude como bem em uma perspectiva de justia distributiva, e indispensavel partir de conceitos inteiramente filosoficos. Preliminarmente, o conceito de saude como sustentaculo de habilidades fundamentais sera aqui desenvolvido com base nas analises criticas de Amartya Sen ao utilitarismo e a John Rawls (SEN, 1997, p. 353 *et seq.*). E desnecessario repetir os argumentos desse filosofo com seu alto grau de refinamento analitico. Basta partir da consideracao do conhecido exemplo do aleijado (*cripple*) que serviu para Sen qualificar aquilo que no preceito de igualdade deveria ser interrogado: *igualdade de que?*

Cumpra observar, em primeiro lugar, que a palavra *aleijado*<sup>13</sup> nao identifica o tipo de privacao envolvida: se atinente aos membros superiores ou aos inferiores. No entanto, Sen esclarece em seguida que se trata da perda da habilidade de se locomover (*to move about*), deixando claro que se refere ao paraplégico, alguem que sofre de alguma lesao permanente que impede o movimento usual dos membros inferiores.

De acordo com o criterio distributivo que Sen propoe nesse contexto, que e o da igualdade de habilidades, a situacao de vida pessoal do paraplégico merece real consideracao e, quanto a isso, os principios de Rawls nada tem com que contribuir. Sen menciona a possibilidade de discriminar uma lista de habilidades basicas (*basic capabilities*), algo similar a listagem de bens primarios de Rawls, mas nao o faz nesse ensaio, nem posteriormente.<sup>14</sup>

Os criterios de Sen acerca do que denomina de "funcionamentos", associados as habilidades, tem por base o pressuposto de que o homem padece de deficiencias a que se pode atribuir um valor moral na discussao da equidade. Mas deve ser observado, antes de tudo, que o mero se mover nao constitui caracteristica especificamente

13. *Aleijado* tem conotacao pejorativa que se associa ao estigma social legado pela linguagem popular em relacao a essa deficiencia. Por outro lado, a linguagem politicamente correta usual preconiza que se fale, para todos esses casos, de *portador de deficiencia*, como se houvesse uma relacao externa do homem com sua deficiencia, algo que ele meramente "carrega". De modo mais tradicional, fala-se aqui de *deficiencia* e *deficiente* e evitam-se as palavras *incapacidade* e *incapacitado*, na medida em que se pretende tratar da *habilidade* como aquilo que distingue a potencialidade da saude humana.

14. Nussbaum (2003), preocupada em contar com o apoio dessa interpretacao das habilidades para a defesa de teses feministas, lamenta que este filosofo jamais tenha chegado a explicitar tal lista.

humana, porque os animais também se movem. A OMS (2003) publica por meio de revisões sucessivas a classificação de funções físicas e mentais distinguindo-as em sensórias, de dor, de movimento etc., de tal modo a facilitar a identificação clínica das deficiências e uniformizar o diagnóstico em âmbito internacional. O que deve ser criticado nessa concepção é que o comportamento humano seja compreendido como mero funcionamento fisiológico ou anatômico, o que nivela o homem aos animais, mesmo quando são incluídas as “funções mentais”.

Para entender quais são as habilidades específicas do ser humano, é necessário dispor de uma determinação ontológica que não o conceba simplesmente como “animal racional” e esta é uma característica saliente do pensamento de Martin Heidegger. Para HEIDEGGER (1996, 2001b), o que é próprio do homem é o *concernir-se no espaço-tempo com o mundo, com os outros e consigo mesmo*. Concernir-se tem aqui o significado de *ocupar-se, preocupar-se, lidar e cuidar*, conforme apropriado a cada contexto. Fundado na sua prerrogativa da linguagem, só o homem pode concernir-se, neste sentido, porque tem a habilidade essencial de apreender no espaço-tempo o que existe no mundo. A partir da habilidade essencial do homem a que Heidegger denomina de “compreensão do ser” é que se pode chegar à concepção das habilidades que fundamentam a saúde como aquilo que caracteriza ontologicamente o homem como tal. Sabendo o que é o homem, também se sabe o que é seu modo de ser saudável. Por sua vez, a doença e a deficiência são modos privativos de existir, tal como a escuridão é a privação da luz. A doença e a deficiência não constituem simples atributos lógicos de negação, mas denotam uma condição ontológica, porque é o próprio modo de ser característico do homem que sofre privação (HEIDEGGER, 2001a, p. 47).

De acordo com esses pressupostos provenientes da filosofia de Heidegger, expostos de forma adaptada e extremamente sintética, o homem exhibe habilidades fundamentais como estas: *i)* caminhar em direção a um lugar predeterminado; *ii)* apreender o que é cada coisa que encontra ao redor; *iii)* produzir algo pelo seu trabalho; *iv)* cuidar de suas necessidades e das necessidades dos demais; e *v)* recordar-se de uma tarefa que lhe foi assinalada e realizá-la. Para pôr em prática qualquer dessas habilidades, é preciso que o homem esteja orientado no tempo e no espaço.

O que o paraplégico perdeu não é a possibilidade de locomover-se tão simplesmente, mas a habilidade de *se orientar no mundo com seus pés*. Ele precisa usar as mãos para

orientar seus movimentos no espaço em uma dada direção desejada, seja arrastando-se rente ao chão, seja dirigindo sua cadeira de rodas. Mas o paraplégico ainda mantém a habilidade de identificar cada coisa que encontra – a rua, o batente, a escada, a rampa de acesso etc. Enfim, está desprovido das possibilidades de andar e correr, mas isso não o impede de cuidar de si e dos outros, trabalhar em certos tipos de emprego, ser um cidadão cooperativo e até praticar esportes. Comparado-se com o paraplégico, o cego tem uma privação mais grave, que é a perda da habilidade fundamental de enxergar, entendida como a apreensão pela visão do que é cada coisa ao redor.<sup>15</sup>

A doença grave, física ou mental, constitui também um modo de privação, ou seja, de perda temporária ou permanente de habilidades fundamentais. Algumas das condições extremas de privação de habilidades fundamentais são observadas na tetraplegia, em algumas psicoses e nas demências, como a doença de Alzheimer avançada. No coma, a condição de privação é tão radical que recebe o nome de estado vegetativo: já não ocorre a expressão de qualquer habilidade fundamental, estando o homem reduzido ao modo de ser dos vegetais.

Pode-se tomar outro exemplo de habilidade fundamental aludido por Sen. Satisfazer seus requisitos nutricionais é algo que só o homem pode fazer mediante regras de alimentação, ou seja, sua dieta, que pode ser carnívora, vegetariana ou de qualquer outro tipo. Os animais não têm dieta neste sentido de uma escolha orientada por regras que atendem a suas necessidades nutricionais. Por isso, a fome surge para o homem como uma privação devastadora de uma habilidade fundamental.

Há um conjunto de habilidades fundamentais envolvidas em um comportamento como este: *faz frio lá fora; alguém que estava sentado em um sofá levanta-se para pegar um agasalho no guarda-roupa e sai para uma caminhada*. O motivo de pegar o agasalho é a apreensão de que está frio lá fora. Só o homem pode realizar um comportamento livre desse tipo, o que inclui: levantar-se – porque quer caminhar; pegar o agasalho

---

15. Heidegger (2001b, p. 220) distingue *capacidade* (*Fähigkeit*, em alemão) de *habilidade* (*Vermögen*), considerando que a primeira é a potencialidade da função exercida por um órgão ou pelo animal e a segunda é a potencialidade própria do comportamento humano, aberto à compreensão de todos os entes do mundo.

– porque não quer sentir frio; e sair pela porta – porque sabe que lá fora há um bom local para caminhar. Mas o doente acamado e os dementes graves não podem ter um comportamento assim tão livre. Suas habilidades fundamentais estão limitadas, em alguns casos, ou praticamente anuladas, em outros (NOGUEIRA, 2008).

Com esses exemplos, pretende-se deixar claro que a saúde é o sustentáculo de habilidades fundamentais que caracterizam o homem. Para essa compreensão, a saúde não é o equilíbrio dos elementos naturais do homem – os “humores” –, conforme afirmava a Medicina hipocrática, ou a normalidade do objeto sob diagnóstico, conforme dizem as ciências médicas modernas. Pelo contrário, o “ser-saudável” do homem é entendido como aquilo que identifica o que é próprio de seu comportamento na cotidianidade de ocupações, cuidados e preocupações com o mundo, com os outros e consigo mesmo.

Assim, a saúde é uma dimensão pertinente ao próprio ser do homem, que é um “ser-com-os-outros”. O doente grave e o deficiente “têm mundo” de uma maneira privativa, porque já não podem atender às demandas repetidas e regulares da cotidianidade, com suas ocupações e seus cuidados usuais, como modo de ser com os outros. Rawls (1993, p. 20) faz observação muito pertinente a este respeito: o doente mental e o deficiente estão limitados em suas possibilidades de cooperação social “como cidadãos livres e iguais”. Portanto, fazem-se necessárias certas medidas de política de saúde que lhes permitam participar ativamente das obrigações e dos direitos que caracterizam a cooperação social. Contudo, Rawls concebe o homem como *pessoa*, conceito equivalente ao de *individuo*, que é livre para se associar e realizar contratos com outros, definição própria do individualismo liberal. Para Heidegger, ao contrário, a comunalidade do homem com os outros já está dada na sua estrutura ontológica, já o caracteriza como “ser-com-os-outros”. Disto decorre que a saúde e a doença não podem ser concebidas como fenômenos naturais, mas essencialmente como fenômenos humanos, se como homem se entende o ser que se ocupa continuamente com o mundo, com os outros e consigo mesmo.

Na concepção heideggeriana, o homem saudável é o ser livremente aberto a tudo que vem a seu encontro, fundado na habilidade de apreender de modo imediato tudo o que há no mundo. Por sua vez, a doença e a deficiência constituem formas existenciais de privação e perturbação dessa abertura, que ocorrem com perda de liberdade e, por consequência, desprovimento das possibilidades concretas de ser

no mundo. Cada doença ou deficiência é uma perda de liberdade, uma limitação das possibilidades de viver (HEIDEGGER, 2001a, p. 157).

Essa associação proposta por Heidegger entre as habilidades fundamentais e a própria liberdade do homem tem consequências importantes para os métodos distributivos em saúde. Deve-se ajudar o enfermo e o deficiente para que suas habilidades fundamentais possam ser recuperadas em maior ou menor extensão e para que eles vivam com mais liberdade em seu ambiente. Mas a ajuda, neste caso, não pode ser compreendida como *fazer funcionar*, mas como *brindar oportunidades* de recuperação e de ajustamento das habilidades, diante das quais o resultado alcançado depende das escolhas e dos esforços de cada um.

Nessa perspectiva, a saúde perfaz as condições de uma vida digna, na medida em que a deficiência e a doença representam a perda de habilidades fundamentais que são necessárias em qualquer forma de ocupação cotidiana: a de tipo rentável – como emprego – ou a simples ocupação consigo mesmo, com os demais e com as coisas do mundo. Por outro lado, a doença e a deficiência são condições que justificam a obtenção de renda substitutiva, temporária ou definitiva, na forma do auxílio-doença e da aposentadoria por deficiência. Outros benefícios e serviços costumam ser prestados na forma de terapia, reabilitação física ou provisão de instrumentos compensatórios da deficiência (como a cadeira de rodas, a perna artificial, a bengala eletrônica etc. Em síntese, de acordo com um preceito de *equidade de habilidades*, devem ser criadas condições que recuperem ou compensem as habilidades fundamentais comprometidas. O que está em cena nestes casos é precisamente a observância do critério distributivo que leva em consideração a saúde como sustentáculo de habilidades fundamentais que são suscetíveis de sofrer privação. “A privação é uma dupla perda – para a saúde da pessoa e para sua posição social”, diz Walzer (1983, p. 89).

Quando se analisam as questões da saúde na qualidade de sustentáculo de habilidades que podem ser perdidas parcial ou integralmente por efeito de privação, verifica-se que a racionalidade da seguridade social goza de um horizonte mais amplo de visão em relação ao que é o ser humano em sua pertinência essencial à sociedade. O ideal da racionalidade sanitária é resguardar preventivamente a sanidade ou, alternativamente, sanar a pessoa quando se encontra enferma, eliminando o mal que a acomete. De sua parte, o ideal da racionalidade da seguridade é restabelecer a saúde

mediante as habilidades fundamentais que permitem ao ser humano estar sempre aberto aos outros e às ocupações cotidianas. Costuma-se falar de reabilitar em sentido transitivo, mas em uma perspectiva heideggeriana não se trata de aplicar métodos que recuperem qualquer tipo de “funcionamento” e, por isso, a ajuda a quem padece de privação da saúde depende das escolhas e do ânimo afetivo de cada um, no seu reabilitar a si mesmo como “ser-no-mundo”.

Mas, para Heidegger, há um aspecto decisivo da saúde humana que precisa ser aludido brevemente e que não é fácil de ser explicado no marco da concepção epistemológica das ciências modernas e, mesmo, da psicanálise. Em diversas de suas obras, assevera que existe no homem uma insegurança existencial associada a sua liberdade essencial. O ser humano é “essencialmente necessitado de ajuda”, porque está sempre a ponto de se perder e de “não dar conta de si mesmo”, o que decorre da imperfeição da sua essência de abertura ao mundo com liberdade (HEIDEGGER, 2001a, p. 157). Por certo, Heidegger quer com isso se referir à tendência humana a sofrer problemas de saúde mental e doenças psicossomáticas. O filósofo afirma que o ser humano carrega sua liberdade essencial como um fardo que lhe pesa sobre o dorso, pois tem de ser responsivo às inúmeras demandas da cotidianidade de suas ocupações e convivência. É devido a ser livre e aberto ao mundo que o homem é bem menos adaptável ao seu meio ambiente que os animais. Como se trata de uma imperfeição ontológica, a Medicina não pode remediá-la e, por consequência, a própria saúde humana é sempre imperfeita. Pode-se concluir que os serviços de saúde enfrentam essa séria limitação à eficácia de seus recursos de prevenção e cura no âmbito dos objetivos de proteção e segurança social. Os serviços do sistema de saúde e da seguridade social nunca serão por si suficientes para brindar ao ser humano uma completa segurança existencial.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A tese principal deste estudo é que os critérios de justiça distributiva em saúde devem ser compreendidos de acordo com os objetivos, as funções e os limites peculiares às diversas formas de segurança social, cujo modelo historicamente mais desenvolvido encontra-se no sistema de seguridade social expresso na Constituição de 1988.

A despeito dos seus princípios de universalidade e integralidade da atenção à saúde, no cenário organizacional e financeiro atual, o SUS concentra recursos e programas em três prioridades assistenciais, a saber: *i*) os problemas que requerem cuidados de alta complexidade tecnológica – por exemplo, unidade de tratamento intensivo (UTI), diálise renal, terapia contra HIV/AIDS e doenças crônicas graves) e cuja assistência pelo Poder Público se caracteriza como uma garantia social em relação a despesas catastróficas para as famílias de diferentes níveis de renda; *ii*) os casos de urgência relacionados a acidentes e doenças agudas graves que implicam risco iminente de morte ou invalidez; e *iii*) a assistência às pessoas de menor renda que são cobertas pela ESF e outros serviços básicos de saúde, os quais, em última instância, contribuem para evitar que os problemas de saúde sejam causas agravantes da condição de pobreza.

Pode-se dizer que, no tocante a todos os demais problemas de saúde dos diversos grupos sociais, o SUS oferece serviços em qualidade e quantidade que deixam muito a desejar, embora haja muitas exceções, de acordo com as condições locais. Este talvez seja o principal motivo que faz um quarto da população brasileira recorrer à assistência privada mediante contratos com planos de saúde, porque, a despeito dos planos serem muito contestados no aspecto de cumprimento dos direitos do consumidor, estes apresentam menor tempo de espera e maior conforto de atendimento em comparação ao SUS. Contudo, geralmente, os planos não garantem atendimento para os casos especialmente graves mencionados no item *i*, que acabam sendo tratados pelo SUS. Desse ponto de vista, a população pode ser dividida em quatro grupos: *i*) os que utilizam tanto os serviços dos planos quanto o SUS; *ii*) os que utilizam somente o SUS ou somente os planos; e *iii*) os que não têm acesso nem ao SUS nem aos planos devido à baixa renda e por habitarem em “regiões desassistidas”.

Os defensores da racionalidade sanitária entendem que haverá maior equidade no SUS se o Estado fizer cumprir as três condições mencionadas a seguir. Primeiro, que desapareçam os incentivos monetários e as isenções fiscais para a compra de planos de saúde individualmente ou em grupo; segundo, que a gestão do SUS seja ressarcida das despesas com atendimento a usuários de planos; terceiro, que haja menos despesas nos serviços de alta complexidade e que os recursos nestes empregados se desloquem para possibilitar o aumento da cobertura por serviços básicos e de média complexidade – como os ambulatórios com especialidades médicas.

A defesa da racionalidade da seguridade social na saúde pode ser expressa por intermédio dos seguintes argumentos. Muitos dos usuários de planos são assalariados de renda média e pagarão mais caro por esses planos, no caso de se generalizar o ressarcimento ao SUS e cessarem os estímulos financeiros e fiscais ao consumo de planos de saúde. Por outro lado, a diminuição da oferta de serviços de alta complexidade prejudicará o tratamento dos grupos de baixa renda que fazem uso desses serviços em procedimentos sofisticados, tais como cirurgias de transplante de órgãos, diálise renal, medicamentos de alto custo para combate à AIDS e doenças degenerativas. Do posto de vista da segurança social, para essas circunstâncias que envolvem os chamados riscos catastróficos, considerados como ameaças à sobrevivência que implicam despesas muito elevadas, os serviços de alta complexidade do SUS brindam proteção social simultaneamente aos pobres, à classe média e, inclusive, aos ricos. Com efeito, este é o único dos seus segmentos assistenciais que corresponde plenamente ao ditame constitucional de acesso universal e igualitário – em paralelo com as ações de saúde pública.

A racionalidade da seguridade social na saúde defende que o SUS jamais se transforme em um sistema dedicado unicamente à assistência aos pobres. Pelo contrário, o sistema, cumprindo na medida do possível seus fundamentos constitucionais, deve caminhar para constituir-se em um componente importante de um futuro Estado de bem-estar brasileiro. A questão de como alcançar a efetiva universalidade e igualdade de cobertura depende do aumento substantivo do nível atual de financiamento público e da diminuição das desigualdades de renda, condições que estão associadas ao processo de desenvolvimento econômico e que não podem ser conquistadas no curto prazo. O que é prioritário no momento atual é aumentar a eficácia dos serviços do SUS em sua missão de ajudar na reabilitação das pessoas para as ocupações do cotidiano e o convívio social. Isto se obtém pela melhoria progressiva da qualidade dos seus diversos segmentos assistenciais prioritários. Assim, na sua interface com a previdência social, é de se esperar, por exemplo, que o SUS possa contribuir para diminuir o número crescente de aposentados por enfermidades crônicas ou outras formas de incapacidade para o trabalho. Para adotar esses argumentos, basta aceitar que as diferenças de equidade no SUS são as mesmas que podem ser identificadas em relação aos demais serviços e benefícios da seguridade social com seu progressivo aperfeiçoamento no cumprimento de exigências constitucionais.

A racionalidade de seguridade social, como exposta neste trabalho, propugna por uma visão filosófica da saúde como sustentáculo das habilidades fundamentais que caracterizam o ser humano e surge da necessidade de pensar a questão da “equidade de quê?”, tal como recomendado por Amartya Sen. Com apoio no pensamento de Martin Heidegger, fica claro que a saúde não pode ser expressa de modo abstrato e individualista como mero bem-estar, mas de modo concreto e socialmente reconhecível, como um conjunto essencial de habilidades de ocupação e convivência cotidianas, as quais, no caso de sua privação, precisam ser recuperadas em sua integralidade ou, pelo menos, parcialmente compensadas em suas carências existenciais

## REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, p. 11-23, 2009. Suplemento 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Saúde da Família**: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília, 2005.
- CARMO LUIZ, O. Direitos e equidade: princípios éticos para a saúde. **Arquivos Médicos do ABC**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 69-75, 2005.
- CARNEIRO JR., N.; ELIAS, P. E. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 914-920, 2006.
- CARNEIRO JR., N. *et al.* Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, p. 30-39, 2006.
- CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009.
- COELHO, I. B. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 171-183, 2010.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Relatório Final. *In*: 8ª Conferência Nacional da Saúde, 8., Brasília, 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>.
- CORDEIRO, H. A. **As empresas médicas**: as transformações capitalistas da prática médica. São Paulo: Edições Graal, 1984.
- DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

FINKELMAN, J. (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. *In*: ———. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FORTES, P. A. C. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 696-701, 2008.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Petrópolis: Vozes, 1996. 2 v.

———. **Zollikon Seminars: Protocols – Conversations – Letters**. Evanston: Northwestern University Press, 2001a.

———. **The Fundamental Concepts of Metaphysics: World, Finitude, Solitude**. Bloomington: Indiana University Press, 2001b.

ILLICH, I. **L'obsession de la santé parfaite**. Le Monde Diplomatique. Paris: Mars, 1999.

———. **Limits to Medicine: Medical Nemesis, the Expropriation of Health**. New York: Marion Boyars, 2000.

IPEA. Seguridade Social: redefinindo o alcance da cidadania. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise – Vinte Anos da Constituição Federal**, v. 1, n. 17, 2009a.

———. Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? **Políticas Sociais: acompanhamento e análise – Vinte Anos da Constituição Federal**, v. 1, n. 17, 2009b.

KANT, I. The Science of Right. **Great Books of the Western World**, Chicago, Encyclopaedia Britannica, v. 42, 1952.

KINNEY, E. D.; CLARK, B. A. Provisions for Health and Health Care in the Constitutions of the Countries of the World. **Cornell International Law Journal**, v. 37, p. 285, 2004.

MACTINTYRE, A. Whose Justice? **Which Rationality**. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1988.

MARX, K. **Capital: O processo de produção do capital**. Livro I. São Paulo: Civilização Brasileira, 1968. v. 1.

———. Crítica del Programa de Gotha. *In*: MARX, C.; ENGELS, F. **Obras escogidas**, Moscú: Editorial Progreso, 1980. Tomo III.

NOGUEIRA, R. P. Estresse e padecimento: uma interpretação de acordo com Heidegger. **Interface**, v. 12, n. 25, p. 283-293, 2008.

———. Determinantes, determinação e determinismo sociais. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 398-406, 2009.

NUSSBAUM, M. C. Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. **Feminist Economics**, v. 9, n. 2-3, p. 33-59, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). CIF: **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.

PEPE, V. L. E. *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010.

POLANYI, K. **The Great Transformation: The Political and Economic Origins of Our Time**. Boston: Beacon Press, 2001.

RAPOSO DE ALMEIDA, T. R. Seguro-saúde e previdência social. *In*: INSTITUTO ROBERTO SIMONSEN. **O seguro-saúde na atual conjuntura brasileira**. São Paulo: Cultrix, 1967.

RAWLS, J. **A Theory of Justice**. Cambridge: Harvard University Press, 1971.

———. **Political Liberalism**. New York: Columbia University Press, 1996.

RODRIGUEZ NETO, E. Subsídios para definição de uma política de atenção à saúde para um governo de transição democrática. **Saúde em Debate**, n. 17, p. 12-17, 1985.

SANTILLÁN, J. F. **Norberto Bobbio: o filósofo e a política**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2003.

SANTOS, L. SUS: contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. *In*: KEINERT, T. M. M. *et al.* (Org.). **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009.

SEN, A. Equality of what? **Choice, welfare and measurement**. Cambridge: Harvard University Press, 1997.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. s203-s211, 2002.

SISSON, M. C. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 3, p. 85-91, 2007.

STARFIELD, B. Equity in health. **Journal of Epidemiology and Community Health**, n. 56, p. 483-484, 2002.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. s217-s226, 2009. Suplemento 2.

WALZER, M. **Spheres of justice, a defense of pluralism and equality**. New York: Basic Books, 1983.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **Health Promotion International**, v. 6, n. 3, 1991.



## **EDITORIAL**

### **Coordenação**

Cláudio Passos de Oliveira

### **Njobs Comunicação**

### **Supervisão**

Cida Taboza

Fábio Oki

Jane Fagundes

### **Revisão**

Ângela de Oliveira

Cristiana de Sousa da Silva

Lizandra Deusdará Felipe

Luanna Ferreira da Silva

Olavo Mesquita de Carvalho

Regina Marta de Aguiar

### **Editoração**

Anderson Reis

Daniilo Tavares

### **Capa**

Luís Cláudio Cardoso da Silva

### **Projeto gráfico**

Renato Rodrigues Bueno

### **Livraria do Ipea**

SBS – Quadra 1 - Bloco J - Ed. BNDES, Térreo.

70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 3315-5336

Correio eletrônico: [livraria@ipea.gov.br](mailto:livraria@ipea.gov.br)

Tiragem: 500 exemplares



Ipea – Instituto de Pesquisa  
Econômica Aplicada



SECRETARIA DE  
ASSUNTOS ESTRATÉGICOS  
DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

