

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

BETTINA SÁ D'ALESSANDRO

**A PERCEPÇÃO DO CONCEITO DE EQUIDADE NOS SISTEMAS NACIONAIS DE
SAÚDE DO BRASIL E SUÉCIA**

Porto Alegre

2019

BETTINA SÁ D'ALESSANDRO

**A PERCEPÇÃO DO CONCEITO DE EQUIDADE NOS SISTEMAS NACIONAIS DE
SAÚDE DO BRASIL E SUÉCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, Área de Concentração em Estudos Organizacionais, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Sá D'Alessandro, Bettina

A percepção do conceito de equidade nos sistemas nacionais de saúde do Brasil e da Suécia

/ Bettina Sá D'Alessandro. -- 2019.

77 f.

Orientador: Ronaldo Bordin.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Programa de Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Equidade em saúde. 2. Equidade. 3. Sistemas Comparados de Saúde. 4. Suécia. 5. SUS. I. Bordin, Ronaldo, orient. II. Título.

BETTINA SÁ D'ALESSANDRO

A PERCEÇÃO DO CONCEITO DE EQUIDADE NO BRASIL E NA SUÉCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, Área de Concentração em Estudos Organizacionais, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Aprovada em: Porto Alegre, 14 de Fevereiro de 2019.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Ronaldo Bordin - Orientador
UFRGS

Prof. Dra. Rosa Ângela Chieza
UFRGS

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa
UFRGS

Prof. Dr. Davide Carbonai
UFRGS

AGRADECIMENTOS

Fica aqui o meu agradecimento à Capes, pois a bolsa disponibilizada me auxiliou a ter as minhas primeiras experiências como estagiária docente na Medicina nas disciplinas de Administração e Planejamento em Saúde. Foi uma experiência enriquecedora.

Agradeço a Escola de Administração da UFRGS, minha segunda casa, pelo aprendizado, reflexão e pensamento crítico. A todos que fizeram parte da minha educação, eu tenho muita gratidão a vocês.

Agradeço ao meu orientador, que sempre me apoiou e auxiliou, ao vivo e a distância, com nossa comunicação sempre pragmática. Por ter me apoiado, com todas as minhas ideias.

Agradeço ao Karolinska Institutet e, principalmente, ao professor Bo Burström, que me apresentou facetas incríveis do estudo da equidade na Suécia.

À Professora Rosa Chieza, a quem eu agradeço por ter sido minha orientadora, mesmo não me orientando na faculdade, me levando ao caminho da economia solidária, que me inspirou os primeiros estudos sobre solidariedade e equidade, por sempre estar presente, do início da faculdade de economia até o final do mestrado na UFRGS.

Agradeço à minha amorosa família, Vera e Sérgio D'Alessandro, os melhores pais do mundo, que sempre investiram em mim e nunca tiveram dúvidas do meu sucesso. Ele está ocorrendo graças a vocês.

Agradeço à minha avó, minha nonnina, Myriam Florita D'Alessandro, por me ensinar que eu sempre encontraria bondade nos seres humanos, valor que se mostrou tão presente nesta dissertação.

Agradeço às minhas amigas Maria Alice, Rosane, Vânia e Michele pelo auxílio, pelas revisões e conselhos.

Agradeço à minha amiga Taylene, que, como uma amiga e acadêmica apaixonada pela sua área, me apoiou e empolgou em todas as fases dessa pesquisa, tanto no Brasil quanto na Suécia.

E, finalmente, agradeço ao meu namorado Bruno Rüdiger pela paciência, pelo conforto, por entender meu estresse e pelo orgulho que tens de mim.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo horizontalizado de atenção do SUS, sendo este dividido nos níveis de atenção primário (APS), média e alta complexidade.....	17
Figura 2 - Estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)	19
Figura 3 - Fluxo financeiro do Sistema Único de Saúde.....	23
Figura 4 - Fluxo financeiro do Sistema de Saúde Sueco.....	25
Figura 5 - Fluxo de atenção do Sistema de Saúde Sueco	26
Figura 6 - Igualdade X equidade	31

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Diferentes conceitos de equidade na produção científica em saúde.....	34
Quadro 2 - Entrevistados – usuários e profissionais, brasileiros e suecos.....	38
Quadro 3 - Caracterização dos entrevistados	41
Quadro 4 - Caracterização dos profissionais brasileiros	48
Quadro 5 - Percepção do conceito de equidade	58
Quadro 6 - Percepção da diferença entre o princípio da equidade e igualdade, segundo usuários e profissionais de saúde brasileiros e suecos.....	60
Quadro 7 - Percepção da aplicação da equidade nos sistemas de saúde, segundo usuários e profissionais de saúde brasileiros e suecos.....	61

LISTA DE SIGLAS

IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
NHS	National Health System
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
SUS	Sistema Único de Saúde
VHI	Serviço de Saúde Voluntário
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization
WIPO	World Intellectual Property Organization

RESUMO

A equidade é um conceito muito relevante aos sistemas de saúde, nacional ou internacionais. O emprego da equidade em saúde é diferente dependendo do país em que ela é aplicada e de sua legislação. No Brasil e na Suécia, países escolhidos para essa dissertação, a equidade em saúde faz parte importante da legislação, e a presente pesquisa buscou compreender a percepção de usuários e profissionais de ambos os sistemas quanto a aplicação desse princípio tão importante. Para alcançar esse objetivo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas ao vivo e via chamadas de vídeo, com usuários e profissionais dos sistemas de saúde brasileiro e sueco, de diferentes origens e idades, que habitassem nesses países. A partir dessas entrevistas foi possível concluir que os participantes de ambos os países apresentaram opiniões muito similares em relação ao conceito de equidade, apresentando três principais definições – equidade em oportunidades de acesso, equidade em recursos iguais para necessidades iguais e equidade como condição para atingir o mais elevado patamar possível de vida.

Palavras-chave: Equidade, Sistema de Saúde, Justiça Social, Administração Pública.

Sumário

1	INTRODUÇÃO	8
2	CONTEXTO DO ESTUDO	10
2.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	13
2.2	O SISTEMA DE SAÚDE SUECO	23
2.3	O PRINCÍPIO DA EQUIDADE PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE	29
3	OBJETIVOS	36
3.1	OBJETIVO GERAL	36
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	37
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
5.1	CATEGORIA: USUÁRIOS	41
5.1.1	Caracterização dos usuários	41
5.1.2	Usuários brasileiros	42
5.1.3	Usuários suecos	45
5.2	CATEGORIA: PROFISSIONAIS	48
5.2.1	Caracterização dos entrevistados.....	48
5.2.2	Profissionais brasileiros	49
5.2.3	Profissionais suecos	51
5.2.4	COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS: SÍNTESE	56
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	74
	APÊNDICE B - ROTEIRO BASE PARA ENTREVISTAS	75

1 INTRODUÇÃO

A Suécia é reconhecida por ser um país de excelência em qualidade de vida, além de ser um dos poucos países a adotar o regime de monarquia parlamentarista. Está em 14º lugar no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (0,913 em 2015), com elevada distribuição de renda (Índice de Gini de 0,27 em 2017).

Já o Brasil, que adota o regime republicano, apresenta um IDH de 0,754 (79º no ranking), uma elevada concentração de renda (Índice de Gini de 0,51 em 2017). Ou seja, são países muito distintos.

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o Índice de Gini é utilizado com o propósito de quantificar o grau de concentração de renda em um grupo delimitado de indivíduos. O presente instrumento foi inventado pelo italiano Conrado Gini (matemático) com o propósito de identificar a disparidade entre os rendimentos das classes ricas em relação as classes pobres. O coeficiente de Gini é utilizado, também, para estimar o nível de redistribuição resultante do estado de bem-estar social. Esse nível de redistribuição é calculado através da diferença entre a desigualdade na distribuição da renda de mercado e a desigualdade na distribuição da renda disponível. A renda de mercado e a renda disponível nada mais são que os rendimentos de mercado após impostos diretos e transferências governamentais (KERSTENETZKY, 2012).

Baseado em uma escala numérica de zero a um, o menor valor é sinônimo de uma menor disparidade entre as classes, contudo, quando este índice estiver mais próximo do 1, evidencia-se o contrário, ou seja, que há significativa diferença entre os rendimentos de ricos e pobres.

Uma busca rápida na literatura encontra raras equiparações entre ambos e, quando existentes, não cobrem a área da saúde, apesar de existir a pesquisa entre 2007 e 2012 de Determinantes Sociais da Saúde entre Brasil e Suécia (CHESS, 2012)¹, cobrindo principalmente a área econômica².

Os sistemas de saúde de ambos os países têm várias distinções e diversas similaridades. Tanto a Suécia quanto o Brasil adotam um modelo similar de

¹ *Social determinants of health – Swedish – Brazil exchange program and Sweden-Brazil comparisons*, Centre for Health Equity Studies e Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

² Exemplos de interfaces econômicas entre os dois países envolvem a indústria petrolífera e a escolha dos caças suecos para recompor a capacidade bélica da força aérea brasileira, após longo processo de decisão.

financiamento público, são universais e adotam uma operacionalização do sistema de serviços de saúde descentralizada e hierarquizada. Entretanto, apresentam diferenças marcantes. Por exemplo:

- a) O acesso aos meios de diagnóstico e terapia: na Suécia, a gestante fará apenas um exame de ultrassom, geralmente na 18^a semana, com sua primeira consulta de pré-natal ocorrendo apenas após a 8^a semana; no Brasil, são feitos quatro exames de ultrassom, com a primeira consulta entre 5 e 8 semanas, a segunda entre 11 e 14 semanas, a terceira entre 20 e 24 semanas e a quarta entre 28 e 32 semanas;
- b) A demanda espontânea de atendimento: no caso de se ter uma criança enferma em casa, deve-se ligar ou entrar no site do Guia de Saúde Sueco e falar com um(a) enfermeiro(a) pediátrico, que julga a necessidade de levar a criança ao médico. Em caso de hipertermia, em situações sem intercorrências, as crianças serão atendidas apenas 48h após o início dessa elevação de temperatura; já no Brasil, qualquer pessoa que esteja se sentindo mal pode ir para o hospital ou pronto-socorro e ali passar pela triagem e aguardar atendimento;
- c) O controle no emprego de medicamentos: analgésicos podem ser comprados facilmente em supermercados e/ou farmácias suecas; entretanto, descongestionantes nasais ou antibióticos sofrem rígido controle, existindo um cadastro nacional para o uso da maioria de medicamentos. No Brasil, analgésicos, descongestionantes e até mesmo antibióticos, embora tenham sua venda vedada sem prescrição médica, podem ser conseguidos através de contatos informais para não se despender gastos com a consulta.

Nesse contexto de diversidades e proximidades, este estudo objetiva descrever a percepção quanto ao conceito de equidade em saúde de usuários e profissionais da saúde suecos e brasileiros.

2 CONTEXTO DO ESTUDO

Para Roemer (1991, p. 23), um sistema de serviços de saúde é definido como uma “combinação de recursos, organização, financiamento e gestão que culmina na entrega de serviços de saúde à população”. Segundo Bispo Júnior e Messias (2005), esses são sistemas que têm como proposição a assistência à saúde a uma população definida.

Um sistema de saúde pode ser entendido, entre suas várias conceituações, como modalidades de intervenção no que diz respeito à saúde dos indivíduos. Ele é formado por um grupo de partes, tais como: pacientes, família e comunidade, prestadores e organizações de serviços de saúde, empresas (farmacêuticas), órgãos de financiamento da saúde, ministérios e demais organizações. Diferencia-se de outros sistemas menos complexos por ter como seu propósito primordial a saúde das pessoas (GIOVANELLA et al., 2008).

Ou seja, existe uma diferença entre um sistema de saúde e um sistema de serviços de saúde. Dessa maneira, “os Sistemas de Serviços de Saúde são sistemas sociais que se propõem e se organizam com o intuito de prestar assistência à saúde a uma população definida” (BISPO JR.; MESSIAS, 2005, p. 80). Para Paim (2012, p. 13), um sistema de saúde pode ser definido como:

O conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações. [...]. As agências são organizações públicas ou privadas, governamentais ou não, que têm como finalidade promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde dos indivíduos e das comunidades. Assim, fazem parte do sistema de saúde tanto um hospital particular que atende pessoas com planos de saúde como um posto de saúde pertencente a uma prefeitura. Os agentes são profissionais e demais trabalhadores da saúde que, individualmente ou em equipe, realizam ações de saúde, cuidando das pessoas e das comunidades. Não se incluem aí as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares.

Marinho, Cardoso e Almeida (2012, p. 5, grifo do autor), por sua vez, incluem entre os objetivos de um sistema de saúde a redução das desigualdades: “[...] melhorar e proteger a saúde das pessoas; promover a equidade no financiamento da atenção à saúde; atender às expectativas da população no que se refere às condições de atendimento (*responsiveness*); e reduzir as desigualdades”.

Ainda que empregando o termo “sistema de saúde”, os autores acima citados o empregam como sinônimo de “sistemas de serviços de saúde”. Entretanto, a OMS

(2000 *apud* BISPO JR.; MESSIAS, 2005, p. 81) define sistema de saúde como: “Um conjunto coerente de diversos componentes inter-relacionados seja setorial ou intersetorial, que produzem um efeito na população. A configuração do sistema de saúde é influenciada por seus objetivos e seus valores fundamentais”. Nesse caso, um sistema de serviços de saúde se conformaria como:

[...] um subsistema unisetorial, responsável pelas ações de saúde propriamente dita, com predominância nas ações de recuperação (cura e reabilitação) e proteção à saúde, prevenção de agravos, vigilância em saúde, controle de riscos e danos, etc.) (BISPO JR.; MESSIAS, 2005, p. 81).

Existem três modelos ideais de sistemas de serviços de saúde elencados por Bispo Jr. e Messias (2005), quais sejam:

- a) Modelo Bismark ou Sistema de Seguros Sociais Obrigatórios, cujo exemplo maior é o sistema de saúde alemão. Institucionalizado no final do século XIX, o sistema de saúde alemão se caracteriza como de financiamento a partir de contribuições sociais obrigatórias, pagas (empresas e empregados) a diferentes fundos públicos. Um conjunto de seguros foi sendo introduzido progressivamente, iniciando pelo seguro social obrigatório (1883), pelo seguro de acidente de trabalho e invalidez (1884) e seguro de idade avançada e desabilidade (1889) (ROSEN, 1980). Mais recentemente, seguros para medicamentos de alto custo e para internações de longa permanência;
- b) Modelo Beveridge ou de dominância estatal, cujo exemplo maior é o National Health System (NHS) inglês. Originalmente, nos anos 1950 e posteriores, este sistema era caracterizado por uma:

Forte presença do Estado, o Estado como provedor das três macrofunções do sistema (Financiamento, Regulação e Prestação), descentralização de algumas macrofunções e definição pelo Estado da forma e do montante da extração dos recursos necessários ao seu financiamento (BISPO JR.; MESSIAS, 2005, p. 87).

Naquele momento, se converteu em um exemplo maior a ser seguido quando se abordavam os temas de universalidade, equidade e integralidade em sistemas públicos de saúde e de como incorporar esses pressupostos em uma rede regionalizada, hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, pública e gratuita. A partir de 1979, com a gestão Thatcher, uma série de alterações foram realizadas na

estrutura do NHS em um processo ainda em curso. Filippon et al. (2016, p. 3 *apud* BISPO JR.; MESSIAS, 2005, p. 87) caracterizaram esse processo em três momentos, sendo o último definido como:

(iii) abertura ao mercado, fragmentação e descontinuidade de serviços (2005-2012) – fragilização do modelo de saúde territorial e consolidação da saúde como um mercado aberto a prestadores públicos e privados. Esse processo gradual e constante de liberalização vem levando ao fechamento de serviços e à restrição do acesso, comprometendo a integralidade, a equidade e o direito universal à saúde no NHS.

c) Modelo permissivo ou de mercado, sendo os EUA o exemplo maior. Este sistema se caracteriza por apresentar:

[...] o financiamento predominantemente privado, empresas seguradoras como mediadores coletivos, prestação desempenhada por prestadores privados, escolha da empresa prestadora feita pelo cidadão pagante e regulação delegada ao mercado. Essas características refletem na verdade uma desresponsabilização do Estado com relação aos seus cidadãos, ou seja, o Estado que deveria assegurar um nível ótimo de saúde à sua população, entrega essa responsabilidade ao mercado, que através da lei da demanda e da oferta, regularia o acesso aos serviços de saúde (BISPO JR.; MESSIAS, 2005, p. 84).

Recentemente tem se discutido, intensamente, nos EUA a implantação de um seguro social obrigatório (popularmente conhecido como “Obamacare”), que se somaria aos *Medicare* e *Medicaid* existentes.

Saliente-se que os sistemas universais de saúde visam assistir toda população de forma integral, sendo a saúde e a previdência um aparato estatal de proteção (GIOVANELLA et al., 2008). Ao final, os sistemas de saúde, embora peculiares entre si, têm por objetivo primordial garantir a recuperação da saúde dos indivíduos, considerando que eles, sozinhos, não teriam condições para garantir meios adequados para enfrentar riscos sociais associados à saúde das populações (LIMA et al., 2005). Dentre os variados sistemas de saúde existentes, serão analisados o SUS (2.1) e o sistema de saúde sueco (2.2).

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Os princípios que norteiam a forma de organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde, os chamados princípios doutrinários e organizativos, estão enumerados na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90). Esta regulamenta as condições para a “promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990).

De acordo com a Lei nº 8080/90, em seu art. 2º, a saúde passou a ser um direito fundamental para toda a população, cabendo ao Estado o dever de assegurar que isso ocorra. Assim, este passou a ser responsável por formular e implementar políticas econômicas e sociais que objetivem minimizar os riscos de doenças por meio da promoção da “saúde ampliada” (saúde além da ausência de doença). Para tal, fez-se necessário, entre outras medidas, garantir o acesso universal e igualitário nos mais diversos serviços de saúde para toda a população (MARQUES, 2009).

De acordo com o Capítulo II (Dos Princípios e Diretrizes) da Lei nº 8080/90:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I – *universalidade de acesso aos serviços de saúde* em todos os níveis de assistência;
- II – *integralidade de assistência*, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – *igualdade da assistência à saúde*, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII – participação da comunidade;
- IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- e
- XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 (BRASIL, 1990, grifo do autor).

Os três princípios doutrinários que conformam o SUS, apresentados na constituição brasileira em termos de saúde, são:

- a) Universalidade: entendido como a garantia do acesso a serviços de saúde para todos os indivíduos, independentemente de sua ocupação, renda, sexo e demais características demográficas (TEIXEIRA, 1988);
- b) Integralidade: como os indivíduos têm múltiplas necessidades, o princípio da integralidade busca assegurar que o sistema de saúde considere a pessoa como um todo e, assim, esteja preparado para atender essas necessidades que irão surgir. Para tal, faz-se necessário que as políticas públicas (não só de saúde) estejam comprometidas e busquem assegurar qualidade de vida para a população (MARQUES, 2009);
- c) Equidade (inicialmente, igualdade): objetivando diminuir as desigualdades, uma marca histórica no Brasil, propõe um tratamento adequado e adaptado a cada indivíduo. Não consiste em tratar a todos com os mesmos cuidados, visto que as pessoas são diferentes e têm necessidades diferentes, mas buscar diminuir essas desigualdades (TEIXEIRA, 1988).

Já os princípios organizativos da Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Comando Único e Participação Popular, sinteticamente, se caracterizam como:

- a) Regionalização e Hierarquização: diz respeito à prerrogativa de que os serviços de saúde oferecidos pelo SUS devem estar organizados em níveis crescentes de complexidade (hierarquização) em determinada área circunscrita geograficamente (regionalização), tomando por base critérios epidemiológicos para essa disposição. Desse modo, espera-se que a população, ao buscar o atendimento do SUS, encontre disponíveis em lugares geográfica e estrategicamente pensados os postos de atendimento que, por sua vez, caso não tenham todos os serviços disponíveis, estejam preparados para alocar esse indivíduo a outro ponto de atendimento;

Por meio da hierarquização e regionalização espera-se que os sistemas de saúde se organizem em níveis de atenção, oferecendo serviços para toda

complexidade requerida pelos usuários. Com isso, além de atender a população com integralidade e maior facilidade, haverá racionalidade nos gastos do sistema (MENDES, 1992).

- b) Descentralização e Comando Único: Parte do pressuposto que quanto mais “perto” do usuário estiver a gestão e o comando do sistema, maior será a chance de que o serviço esteja adequado às necessidades dos indivíduos e, assim, maior será a chance de acerto. Ademais, essa proximidade é uma forma de garantir a fiscalização direta pelos cidadãos para com os serviços de saúde;

Posto isso, o princípio da Descentralização e Comando Único funda-se na distribuição de poder e responsabilidades entre os níveis municipal, estadual e federal com o objetivo de garantir maior controle e qualidade nos serviços de saúde prestados para a sociedade. Os responsáveis pela gestão do SUS em cada esfera de saúde são: para a União, o ministro da saúde; para os estados e municípios, os respectivos secretários estaduais e municipais.

Importante destacar que, ao se estabelecer que a decisão da gestão cabe a quem executa determinado serviço de saúde e que cada esfera do governo é independente para tomar suas decisões, se confia aos municípios o poder de decidirem e concretizarem com autonomia os serviços de saúde solicitados, bem como a adotarem a metodologia que esse ente federativo julgar mais adequada aos problemas locais (MONTEIRO; FLEURY, 2006).

- c) Participação Popular (posteriormente, controle social): o sistema de saúde brasileiro é oriundo da organização da sociedade civil que se mobilizou em prol dessa conquista social. Configura-se como uma possibilidade de a sociedade civil, por meio das conferências e conselhos de saúde, principalmente, poder participar diretamente da gestão e fiscalização do SUS em todos os níveis de governo (municipal, estadual e federal).

Muito sucintamente, as conferências podem ser entendidas como fóruns com a atribuição de proporem diretrizes para a gestão do SUS. Já os conselhos de saúde caracterizam-se como órgãos deliberativos, permanentes e de composição paritária entre usuários, governo e prestadores de serviços. Ambos (conferências e os conselhos de saúde) são, portanto, canais que possibilitam a participação da população na gestão do SUS (COSTA; SILVA; RIBEIRO, 1999). Originalmente

pautada como “participação social”, posteriormente esse princípio se converteu em “controle social”.

Em relação à legislação presente na Constituição Federal (Art. 198), o SUS ampara-se em três pilares que sustentam o sistema. São eles: “rede, regionalização e hierarquização” (BRASIL, 1988). O primeiro diz respeito à integração dos serviços prestados, o segundo à distribuição por regiões de saúde e a hierarquização aos níveis de complexidade dos serviços” (MATTOS, 2007, p. 87).

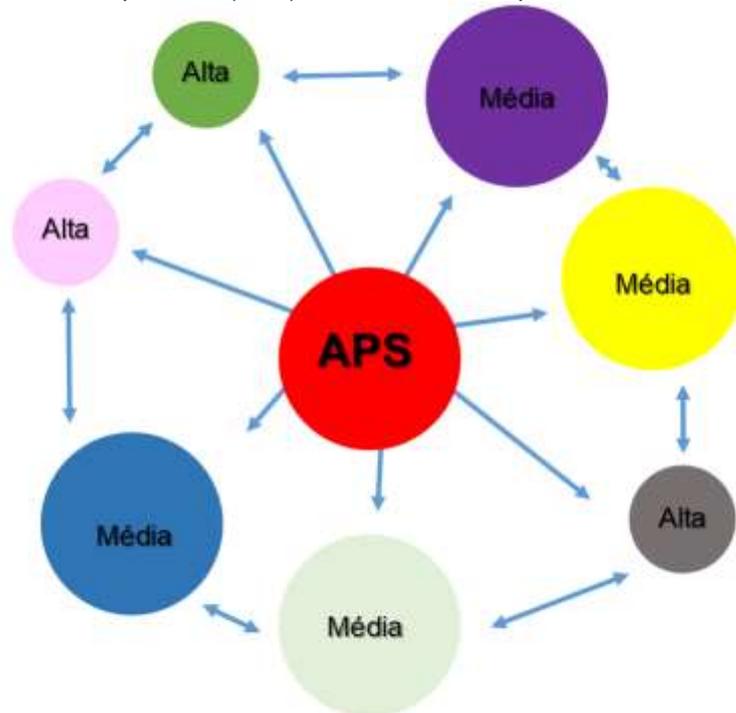
Esses últimos (graus hierárquicos de atenção) dividem-se em 3 níveis, que são: baixa, média e alta complexidade, conforme a Escola de Saúde Pública do estado de Minas Gerais (MENDES, 2009). O primeiro nível cabe à prestação de serviço pelas unidades básicas de saúde, a chamada “porta de entrada para o sistema”. O nível de atenção médio, por sua vez, cabe ser ofertado, principalmente, por hospitais secundários e/ou ambulatório com especialidades. Já o atendimento de alta complexidade é ofertado por hospitais terciários (MATTOS, 2007).

Ao buscar atendimento no sistema de saúde, a princípio, o indivíduo deve optar pelas unidades básicas (nível baixo) e, se sua necessidade for maior (nível médio ou alta complexidade), será encaminhado para outros locais que atendam ao nível de atenção demandado pelo paciente (STARFIELD, 2002).

Quando se encaminham os pacientes para níveis de atenção superiores, após tratá-los e o quadro de saúde se mostrar estabilizado, eles são reencaminhados novamente para um nível inferior. Por conseguinte, o modelo de hierarquização do sistema tem como objetivo assegurar a toda população acesso aos serviços de saúde com integralidade e adequação para todos os níveis de atenção, empregando um fluxo de referência e contrarreferência dos usuários nos diversos níveis de complexidade do sistema (STARFIELD, 2002).

Buscando ilustrar melhor o tratado acima, na Figura 1 se encontra um esquema do fluxo de atenção utilizado pelo Sistema Único de Saúde.

Figura 1 - Fluxo horizontalizado de atenção do SUS, sendo este dividido nos níveis de atenção primário (APS), média e alta complexidade



Fonte: Adaptado de Mendes (2011).

Alguns autores representam os três níveis de atenção do SUS por meio de uma pirâmide, dado que a baixa complexidade, além de ser a base para o sistema, é o nível de atenção no qual a maior parte das demandas pelos serviços de saúde devem ser resolvidas (STARFIELD, 2002). Mais recentemente os níveis de atenção passaram a ser apresentados em forma circular, uma vez que uma pirâmide traz a ideia de hierarquia, enquanto os níveis de atenção se estruturam em redes de atenção. Na Figura 1, buscou-se representar a quantidade de pacientes em cada nível pelo tamanho do círculo, pois a maior concentração está em nível primário e, na sequência, em nível médio.

Importante destacar que apenas se houver necessidade alguns desses indivíduos serão encaminhados para o nível de atenção superior (médio ou complexo para casos mais graves). Ou seja, quanto maior o nível de atenção demandado, maiores são os custos, o grau de especialização dos profissionais e a estrutura física necessária para se prestar o atendimento.

No que diz respeito aos níveis de atenção médio e alto, deve-se distinguir quando um atendimento é considerado de urgência ou de emergência. Embora em um primeiro momento os termos possam parecer sinônimos, eles não são.

Um atendimento de urgência requer que se preste assistência médica imediata, uma vez que esse apresenta um agravo imprevisto no estado de saúde do indivíduo, que pode ou não pôr em risco sua vida.

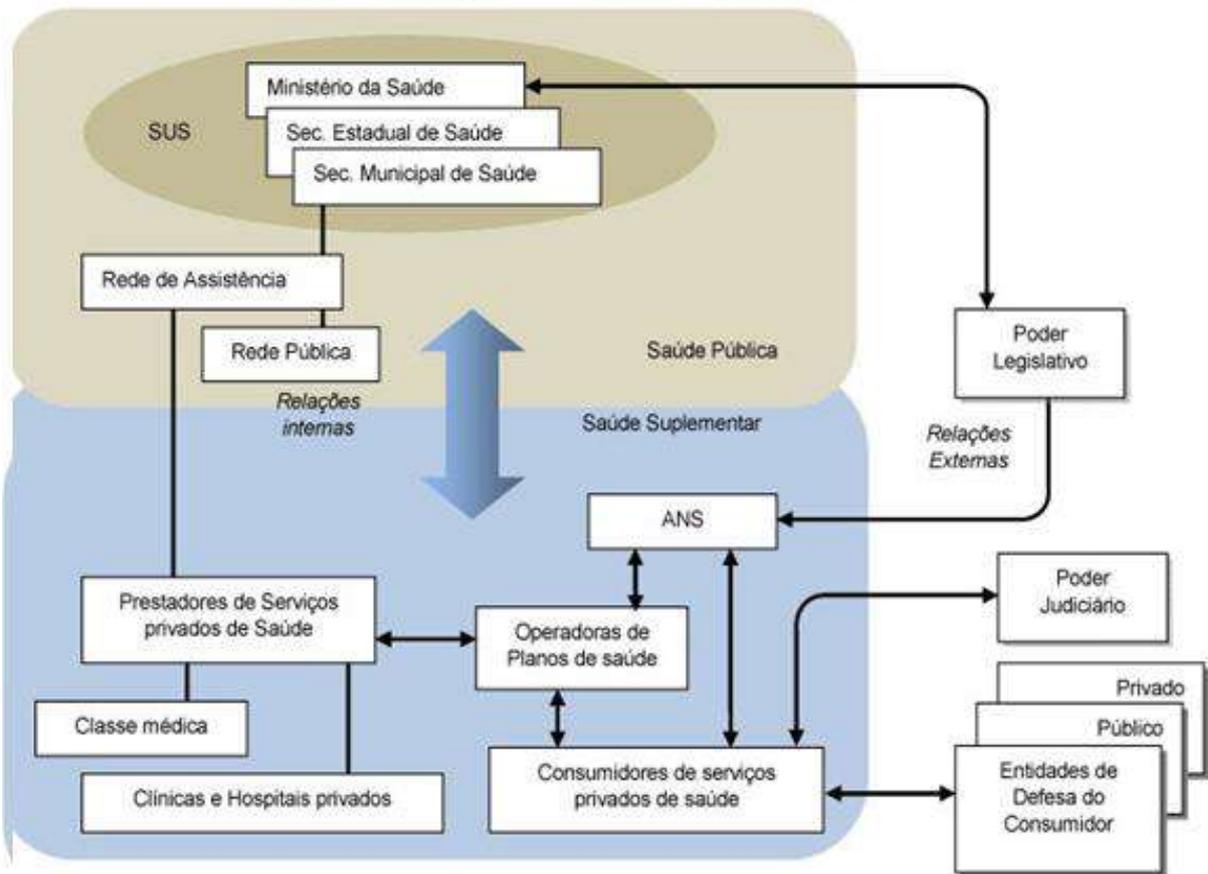
O atendimento de emergência também exige que se preste assistência médica imediata em consequência de um agravo imprevisto no estado de saúde; contudo, essa complicação tem como consequência um risco iminente de sofrimento intenso e/ou morte para o indivíduo (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Nesses casos, a demanda por atendimento não empregará como porta de entrada no sistema a atenção primária (se ocorrer, atuará como orientadora de fluxo, mobilizando recursos para o deslocamento e manutenção de vida, se for o caso), mas serviços de maior complexidade.

Dessa maneira, o primeiro atendimento médico, na maioria dos casos, concentra-se nas unidades básicas de saúde, onde ocorre, geralmente, um atendimento ambulatorial que, se o caso não exigir maior atenção, será resolutivo nesse nível do sistema.

Por sua vez, exigindo maior nível de atenção, os pacientes devem ser encaminhados para um serviço de urgência e emergência no qual geralmente vai ocorrer a internação hospitalar, atendimento de especialistas e futuros procedimentos médicos de maior complexidade que não poderiam ser atendidos em um nível ambulatorial (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Na Figura 2 se encontra a estrutura do Sistema Único de Saúde, incluindo seus âmbitos administrativos e sua relação interna com o sistema suplementar de saúde (prestadores de serviços privados de saúde e operadoras de planos de saúde) e externas, com o poder legislativo e judiciário.

Figura 2 - Estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)



Fonte: Vilarinho (2003).

Conforme pode ser visualizado na Figura 2, a estrutura do sistema de saúde brasileiro é hierarquizada e, ao mesmo tempo, descentralizada. Tal organização permite que o SUS possa contemplar demandas regionais e/ou específicas e, ao mesmo tempo, ter uma gestão unificada em todo o território nacional, tal como o preceito de equidade.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que “regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa”. Apenas para demonstrar que está acompanhando a política em curso, a exemplo da EC nº 95/2016, abaixo, e o Artigo 9 do Decreto nº 7.508/2011.

Art. 110. Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão:

I - No exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do caput do art. 212, da Constituição Federal; e
II - Nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma

estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (BRASIL, 2016).

O Decreto nº 7.508/2011 regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Art. 9º São portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas redes de atenção à Saúde os serviços:

I - De atenção primária;

II - De atenção de urgência e emergência;

III - De atenção psicossocial; e

IV - Especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde (BRASIL, 2011).

Finalmente, o Sistema Único de Saúde tem seu financiamento descentralizado e dividido nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), sendo que cada esfera deve ter uma aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde. A Emenda Constitucional nº 29/2000, de 13 de setembro de 2000, definiu os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde nas três instâncias administrativas do SUS e sua forma de correção (BRASIL, 2000).

Nessa emenda se definiu o Piso Constitucional de Aplicação em Saúde. Por meio dessa lei busca-se que os gastos em saúde não sejam investidos aquém de um piso estipulado mínimo de 15% da arrecadação anual de impostos para os 5569 municípios brasileiros mais o Distrito Federal. Para os 26 estados o mínimo é de 12% e à União cabe destinar a quantia do exercício financeiro do ano anterior acrescido da variação do PIB do ano antecedente da Lei Orçamentária Anual (LOA).

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea "a" do inciso I e o inciso II do *caput* do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do *caput* e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal (BRASIL, 2000).

Sua regulamentação, entretanto, se deu apenas com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, uma década depois. Essa Lei Complementar:

Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências (BRASIL, 2012).

Mais recentemente, por meio da Emenda Constitucional nº 95 de 2016 e do Artigo 102 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias de 2016, para cada exercício deve ser fixado um limite para a despesa primária total (montante da despesa total antes de pagar os juros da dívida) individual.

Assim, cabe aos poderes Legislativo, Judiciário e Executivo, além da Defensoria Pública da União, Tribunal de Contas da União e Ministério Público da União a responsabilidade sob esse limite.

Ainda segundo o artigo 102, posteriormente a 2017, o limite desses gastos deverá ser uma relação entre o limite do exercício anterior, corrigido pela variação do Índice de Preços ao Consumidor aplicado. Essas regras se mantêm por vinte anos.

No que se refere às fontes de financiamento, basicamente, são três: recursos de tributos e contribuições federais; recursos de tributos estaduais e recursos da arrecadação tributária municipal.

Tais recursos podem ser provenientes, por exemplo, da arrecadação de impostos e taxas (municipais, estaduais e federais), receita de serviços prestados a empresas, planos de saúde e seguradoras privadas; receitas por alienação de bens. Ainda, por fontes de recursos esporádicas, tais como doações e financiamentos provenientes do auxílio de órgãos internacionais (AITH, 2003).

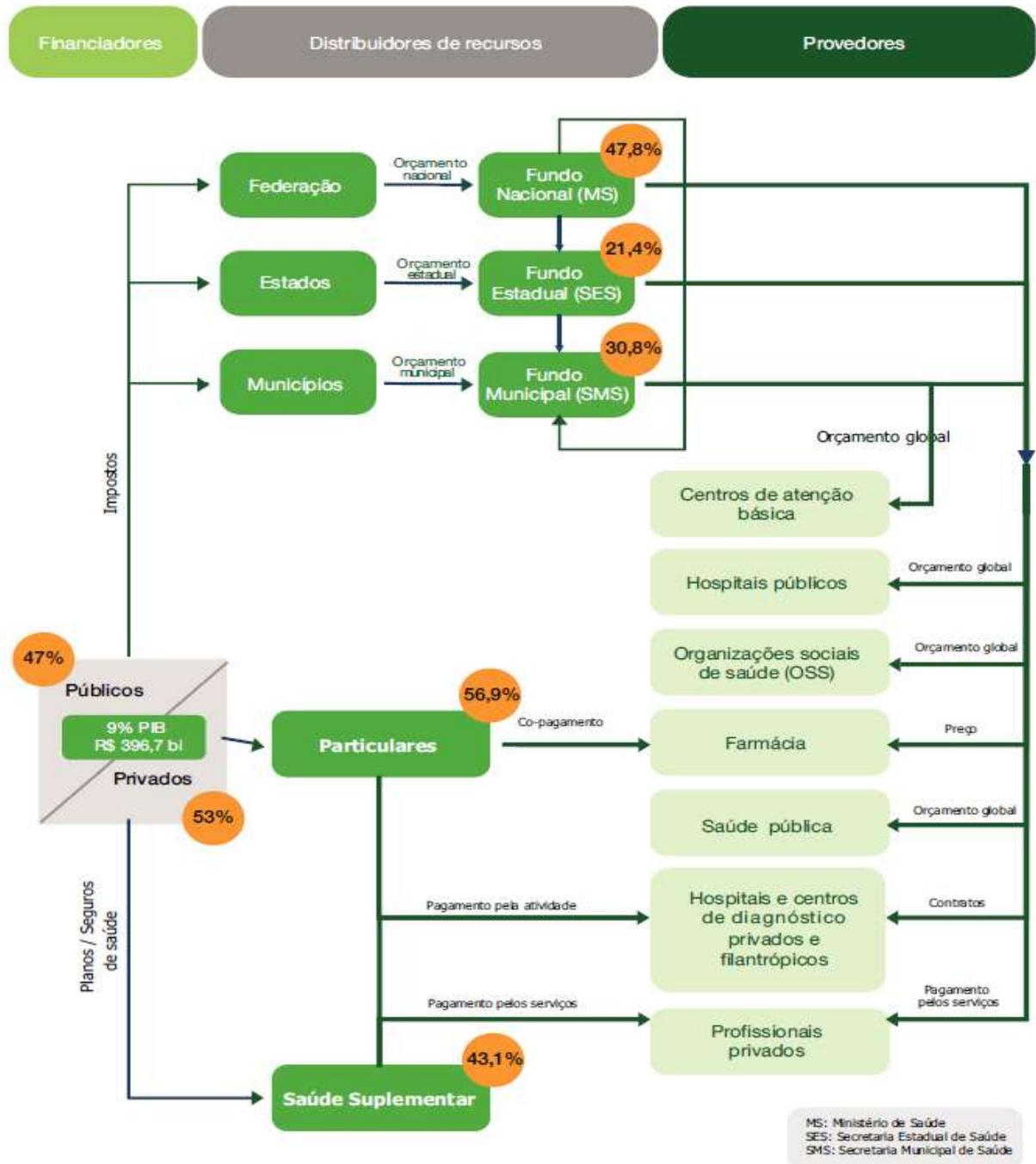
Embora só se tenha pincelado brevemente o modelo de financiamento no SUS, já se pode constatar sua complexidade, visto que, além de haver uma sistemática de repasse dos recursos específica, com peculiaridades para cada ente federativo, com contabilização e controle de gastos rigorosa por meio da prestação de contas específicas, ainda se faz necessário controlar e conter os custos dos serviços e, ao mesmo tempo, buscar o aumento da eficiência na utilização dos recursos disponíveis (LAZZARI, 2003).

Portanto, o financiamento do SUS exige que se faça uso de uma série de instrumentos de gestão financeira próprios e coerentes com as suas necessidades, com planejamento, execução e controles financeiros adequados, visto a diversidade de fontes de recursos, por exemplo (LAZZARI, 2003).

Ao adotar esse modelo de financiamento, busca-se um planejamento que tenha como prerrogativa a garantia de acesso e qualidade aos serviços de saúde para toda a população enquanto uma obrigação do Estado, conforme assegurado na Constituição de 1988. Dessa forma, espera-se que seja efetivada e garantida a universalidade e a integralidade do sistema (AITH, 2003). Na Figura 3 se descreve o fluxo financeiro no SUS.

De acordo com a Figura 3, é possível visualizar como o financiamento do SUS tem em sua origem, 47% dos recursos vindos da iniciativa pública e 53% privados. Posteriormente, os recursos públicos são distribuídos para as três esferas governamentais, já os recursos privados destinam-se a estabelecimentos em saúde privados e ao custeio de planos e seguros de saúde suplementar.

Figura 3 - Fluxo financeiro do Sistema Único de Saúde



Fonte: ANAHP (2012).

2.2 O SISTEMA DE SAÚDE SUECO

O Reino de Suécia tem uma população de 9,903 milhões de pessoas, Produto Interno Bruto de 511 bilhões de dólares, expectativa de vida de 82,55 anos (um em cada cinco habitantes tem 65 anos de idade ou mais) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,913/1.

Em termos de doutrina, os três níveis do governo sueco estão envolvidos no sistema de saúde. O Ministério de Saúde e Assuntos Social é responsável pela saúde em geral e regulação do atendimento à saúde e trabalha em parceria com oito agências nacionais do governo.

No nível regional, doze conselhos de condado e nove órgãos regionais são responsáveis pelo financiamento e prestação dos serviços de saúde aos cidadãos. Finalmente, ao nível local, 290 municípios são responsáveis pelo cuidado com os idosos e incapazes.

Três princípios básicos orientam o sistema nacional de saúde sueco, quais sejam: dignidade humana, necessidade e solidariedade, e rentabilidade, assim definidos:

- a) Dignidade humana: todos os cidadãos têm direito à dignidade e possuem os mesmos direitos, não importando seu status na comunidade;
- b) Necessidade e solidariedade: os indivíduos com maior necessidade de saúde têm precedência de atendimento aos que não o tem;
- c) Relação custo/benefício: diante de uma escolha, é necessário um equilíbrio razoável entre custos e benefícios. Esse custo é mensurado em relação à melhora da saúde e qualidade de vida (ANELL; GLENNGÅRD; MERKUR, 2012).

O sistema de saúde sueco é estruturado de forma a todos terem acesso aos serviços de saúde no âmbito de um sistema majoritariamente descentralizado e financiado pelos contribuintes, ou seja, pelos próprios suecos. Dentre as maiores dificuldades desse sistema, são citadas três: financiamento, qualidade e eficiência nos serviços de saúde (ANELL; GLENNGÅRD; MERKUR, 2012).

Os custos para saúde e assistência médica como porcentagem do Produto Interno Bruto (PIB) da Suécia são razoavelmente estáveis e comparáveis à maioria dos outros países europeus. Em 2016, saúde e assistência médica representaram 11% do PIB.

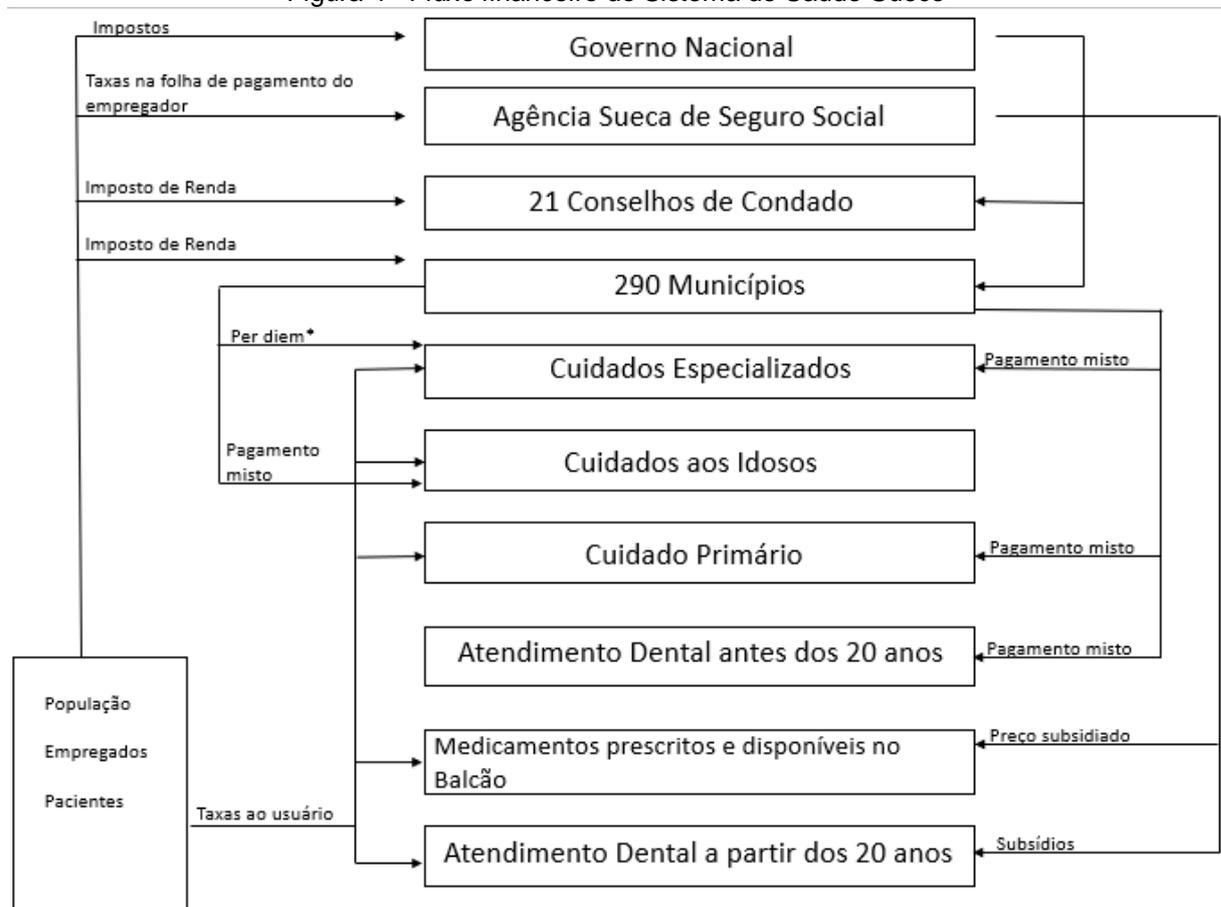
A maior parte dos custos médicos e de saúde na Suécia é paga pelo conselho municipal e pelos impostos municipais. Contribuições do governo nacional são outra fonte de financiamento, enquanto as taxas dos pacientes cobrem apenas uma pequena porcentagem dos custos.

Os gastos do governo com saúde e assistência médica, inclusive odontológica, chegaram a 67,4 bilhões de coroas suecas em 2017 (aproximadamente 30 bilhões de reais na época), uma das maiores despesas do governo.

Quanto aos prestadores de cuidados de saúde privados, atualmente, é mais comum que conselhos municipais comprem serviços de provedores privados de saúde - em 2013, 12 por cento dos cuidados de saúde foram financiados por conselhos municipais, mas realizados por prestadores de cuidados privados. Um acordo garante que os pacientes sejam cobertos pelos mesmos regulamentos e taxas que se aplicam às instalações municipais de atendimento.

Cerca de 4% da população possui serviço de saúde voluntário (VHI), na maioria dos casos pagos pelo empregador, com pequeno impacto nas despesas totais, na ordem de 0,2% do financiamento total. Quanto ao financiamento do sistema de saúde sueco, este segue o esquema descrito na Figura 4. Em relação ao fluxo de atendimento, o sistema de saúde sueco segue, desde 2011, o Projeto Esther (GRAY; WINBLAD; SARNAK, 2016), que pode ser visualizado na Figura 5.

Figura 4 - Fluxo financeiro do Sistema de Saúde Sueco



Fonte: Anell, Glenngård e Merkur (2012).

As fontes subsidiárias de financiamento do sistema de saúde Sueco são a população, empregados e pacientes. Estes “alimentam” o modelo por meio do pagamento de impostos e/ou taxas (taxas aos usuários, na folha de pagamento ao empregador, imposto de renda, etc.). Por sua vez, os impostos e/ou taxas são convertidas, através de pagamento misto ou subsidiado, em variados serviços de saúde à população, tais como: medicamentos, cuidados especializados ou primários e outros.



Fonte: Anell, Glenngård e Merkur (2012).

De acordo com a Figura 5, acima, é possível perceber que independentemente da situação, a entrada de um usuário no presente sistema de saúde irá iniciar com o atendimento primário. A partir desse atendimento e da situação de cada pessoa, há um direcionamento para outro setor, podendo ser esse uma farmácia ou uma internação hospitalar. Ou seja, o pré-requisito e porta de entrada para todos os atendimentos ocorre na atenção primária, já a finalização desse fluxo se dá apenas quando se identifica que o paciente está saudável.

Quando acontece algum problema de saúde e é necessário se dirigir a um consultório médico, uma das opções é agendar a consulta por meio do *Vårdcentral* – em uma tradução livre, seria “Centro de Cuidados” ou a unidade básica de saúde (UBS) brasileira. Para agendar a consulta, deve-se ligar para o *Vårdcentral* em que se está registrado, respeitando a adscrição geográfica do indivíduo.

Em uma emergência deve-se ir diretamente ao hospital ou ligar para o número 112, caso necessite de ambulância, bombeiros ou polícia.

Sempre haverá um ou mais centros na região em que a pessoa mora e ela será automaticamente registrada em um *Vårdcentral* na mesma região em que o seu endereço residencial está registrado.

Caso esteja insatisfeito com o seu serviço de atenção primária, existe a possibilidade de alterar seu registro, ocorrendo a vinculação do indivíduo a um outro *Vårdcentral*. Entretanto, caso o indivíduo opte por empregar um serviço diferente do que está cadastrado, o valor pela consulta ou procedimento realizado será de maior valor (sobretaxa por utilização).

Não existe garantia de que a consulta agendada será prestada por um profissional médico, clínico geral ou especialista. Primeiro, o indivíduo é encaminhado a um enfermeiro ou clínico geral e este avalia a necessidade de o atendimento prosseguir com um médico ou outro especialista.

Dois exemplos de peculiaridades do sistema sueco:

- a) É comum o indivíduo ser dispensado, dependendo dos sintomas, com uma recomendação de retorno em cinco dias, caso não ocorra melhora. Em ocorrendo a prescrição de algum medicamento, essa receita é cadastrada por meio do *personnummer* (cadastro nacional, como o RG brasileiro) da pessoa, que poderá obtê-lo em qualquer farmácia a que se dirigir;
- b) Durante a gestação normal, a primeira consulta para checar a evolução da gravidez é entre a 8ª e 10ª semana de gravidez. Quando a gestante notifica ao seu centro de saúde que está grávida, ela é transferida para o contato com a “*midwife*” (parteira), responsável por retirar a maior parte das dúvidas e atender a grávida durante todo o processo. É realizado um único exame de ultrassom, na 18ª semana. Caso os pais desejem saber o sexo do bebê devem perguntar, já que não é algo dito de forma corriqueira pelo enfermeiro.

Em termos do sistema ser descentralizado, a responsabilidade pela prestação dos serviços de saúde é dos conselhos de condado e, em outros casos, dos governos municipais.

O conselho de condado é um órgão político cujos representantes são eleitos pelos residentes da área do condado, a cada quatro anos, junto às eleições gerais nacionais. Segundo a política sueca, o conselho do condado deve fornecer saúde e cuidados médicos de boa qualidade a seus residentes, promovendo saúde de

qualidade a toda população. O atendimento odontológico também é responsabilidade dos conselhos de condados, contudo, apenas até a idade de 20 anos e para os residentes locais.

A fim de mensurar a qualidade e eficiência do sistema de saúde sueco, a *Sveriges Kommuner och Landsting* (SKL) realiza comparações internacionais (SALAR, 2013).

Nos relatórios de 2009 a 2015, os cuidados de saúde na Suécia tiveram um bom desempenho em relação aos de outros países. A mais recente inclui a comparação com 15 países em condições para proporcionar cuidados de saúde de qualidade.

Segundo o “*Rapporten Svensk sjukvård i internationell jämförelse 2015*”, o sistema de saúde sueco é o melhor em cuidados de saúde quando comparado à Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Itália, Irlanda, Luxemburgo, Países Baixos, Noruega, Portugal, Espanha, Reino Unido, Alemanha, EUA e Áustria.

Originalmente, o sistema de saúde sueco possuía três princípios doutrinários - dignidade humana, necessidade e solidariedade e relação custo-benefício. Outros três foram implementados após a reforma na saúde de 2010, quais sejam:

- a) Equidade: ausência de diferenças evitáveis ou remediais entre grupos de pessoas, independentemente de esses grupos serem definidos por elementos sociais, econômicos, demográficos ou geográficos;
- b) Eficiência: maximizar os resultados de cuidados de saúde produzidos a partir de um conjunto fixo de insumos de cuidados de saúde, mantendo a qualidade constante nos resultados de cuidados de saúde;
- c) Qualidade: à medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e aos grupos de usuários melhoram os resultados de saúde desejados, para se conseguir isso, os cuidados de saúde devem ser seguros, eficazes, oportunos, eficientes, equitativos e centrados nas pessoas (WHO, 2012).

E aqui se encontra o foco deste estudo, o princípio doutrinário da *equidade*, presente desde a conformação do Sistema Único de Saúde, na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990, e incorporado ao sistema de saúde sueco em 2010, duas décadas depois (é visível um ‘lag’ de 20 anos entre Brasil e Suécia quanto à incorporação da equidade nos sistemas de saúde).

2.3 O PRINCÍPIO DA EQUIDADE PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE

Equidade é uma palavra com diversos significados dependendo do contexto em que se aplica. Segundo o Dicionário Aurélio, equidade significa “igualdade, retidão na maneira de agir, reconhecimento dos direitos de cada um e justiça reta e natural” (AURÉLIO, 2017). Na concepção de outro dicionário notório, Michaelis, equidade significa “integridade quanto ao proceder, opinar, julgar; equanimidade, igualdade, imparcialidade, justiça e retidão” (MICHAELIS, 2017). Michaelis (2017) emprega também o significado de “consideração em relação ao direito de cada um independentemente da lei positiva, levando em conta o que considera justo”.

A equidade faz parte dos princípios básicos da seguridade social, previstos no artigo 194 da Constituição Federal de 1988, incluindo a solidariedade, universalidade da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios pagos às populações urbanas e rurais, seletividade e distributividade na prestação de benefícios e serviços, irredutibilidade do valor dos benefícios, prévia fonte de custeio, tríplice forma de custeio, caráter democrático e descentralizado da administração, diversidade na base de financiamento e, equidade na forma de participação de custeio: simplificando um pouco, é o princípio de quem possui maior “capacidade”³ contribui com mais e quem possui menor “capacidade” contribui com menos (BRASIL, 1988). Apesar dessas diferenças, toda a população terá garantido os seus benefícios.

A equidade faz parte, também, da Justiça Social. Esta, em sua atual concepção, foi conceituada pelos seguidores de São Tomás de Aquino no século XIX e significa que na sociedade todos seus indivíduos têm deveres e direitos iguais, logo, todos devem ter seus direitos básicos garantidos, como justiça, saúde, educação e trabalho.

A Justiça Social faz parte do conceito de *Welfare State*, ou Estado de Bem-Estar Social, que se traduz na ideia de um país prover seguridade social a sua população. Esse conceito, ao lado da equidade, se faz lei na Constituição Federal brasileira de 1988, sendo a justiça social um dos pilares dela.

Já a Suécia, na Constituição de 1974 (ainda vigente), reafirma a importância dos conceitos de justiça social, como igualdade e dignidade. A equidade se torna mais

³ Capacidade financeira, capacidade de trabalho, independência, etc.

importante para o país a partir da busca pela excelência no sistema de saúde, que será tratado posteriormente no texto.

Ainda tratando do estado de bem-estar social é relevante apontar como os países que o seguem, alcançam homogeneidade cultural. Essa homogeneidade, segundo Oorschot (2018 *apud* KERSTENETZKY, 2012, p.129), facilitaria a “emergência de uma solidariedade social abrangente”.

Corroborando com a hipótese de que as instituições e políticas do estado de bem-estar social podem influenciar as atitudes dos cidadãos, criando “identidades sociais”, dividindo a população por idade, *status*, classe, sexo e influenciando a percepção da população e ‘normas da solidariedade’. Essa hipótese foi desenvolvida e um dos autores que a comprovou foi Larsen (2008 *apud* KERSTENETZKY, 2012, p.130), apresentando que “regime de bem-estar afeta as atitudes dos cidadãos com relação à redistribuição por meio de percepções sobre mérito e normas de solidariedade incorporadas nas políticas e programas sociais”.

O estado de bem-estar social na Suécia é constituído por várias organizações e sistemas que lidam com o bem-estar. É financiado principalmente por impostos, e executado pelo setor público em todos os níveis de governo, bem como organizações privadas. Pode ser separado em três partes, abrangendo três ministérios diferentes. O bem-estar social é da responsabilidade do Ministério da Saúde e Assuntos Sociais; a educação, do Ministério da Educação e Pesquisa; e, o mercado de trabalho do Ministério do Emprego. Esta conformação se realiza em um regime social democrata, se caracterizando por um massivo nível de desmercantilização, com foco em direitos sociais universais abrangentes e abundantes, e se baseia no modelo Rehn-Meidner, organizado pelo macroeconomista Gosta Rehn e pelo chefe do departamento de pesquisas da confederação sindical, Rudolf Meidner, em 1951.

Esse modelo tem quatro objetivos: equidade (salarial e de distribuição funcional de renda), pleno emprego (almeja taxas de até 3% de desemprego), crescimento econômico e estabilidade de preços. Para atingir esses objetivos seria feito o uso de política de solidariedade salarial, políticas macroeconômicas restritivas e políticas de emprego seletivas.

Bourdieu comprova seu compromisso com a justiça social na ocasião da greve geral na França, em 1995. Em discurso na Gare de Lyon (uma das estações de trem de Paris), Bourdieu (1998 *apud* AZEVEDO, 2013, p. 30) manifestou-se “contra a destruição de uma civilização caracterizada pela oferta de serviços públicos, a

civilização da igualdade republicana de direitos, dos direitos à educação, à saúde, à cultura, à pesquisa, à arte e, sobretudo, ao trabalho”.

Similarmente, Eric Hobsbawm (2012, p. 455), no seu livro *Tempos interessantes: uma vida no século XX* aponta:

[...] não nos desarmemos, mesmo em tempos insatisfatórios. A injustiça social ainda precisa ser denunciada e combatida. O mundo não vai melhorar sozinho. A injustiça social ainda precisa ser denunciada e combatida. O mundo não vai melhorar sozinho.

Para auxiliar a compreender esse debate (igualdade x equidade x justiça social), Norberto Bobbio (1995) fornece uma importante pista. O filósofo político italiano, de filiação liberal-socialista, recuperando a díade Direita e Esquerda (título de um de seus livros), assevera que o critério adotado para distinguir essas duas tendências (direita e esquerda) é justamente “a diversa postura que os homens organizados em sociedade assumem diante do ideal da igualdade, que é, com o ideal da liberdade e o ideal da paz, um dos fins últimos que os homens se propõem a alcançar e pelos quais estão dispostos a lutar” (BOBBIO, 1995, p. 95).

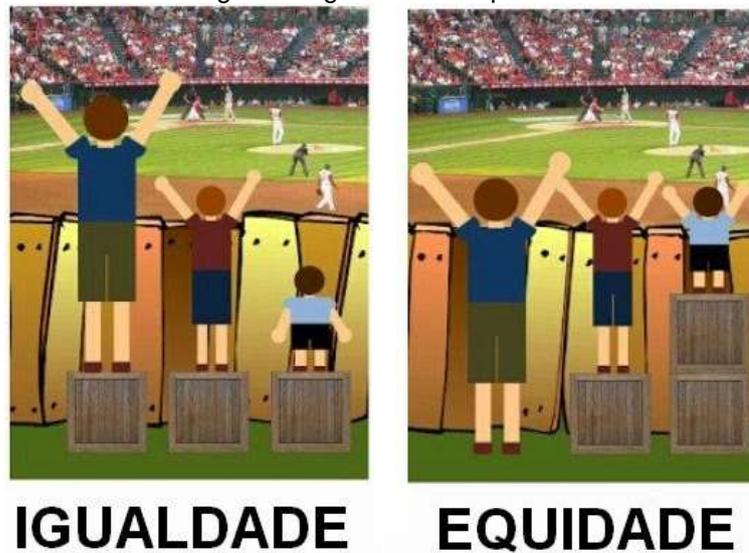
Por conseguinte, adverte Bobbio (1995), a igualdade, como ideal supremo, ou até mesmo último de uma comunidade ordenada, justa e feliz e, portanto, de um lado, como aspiração perene dos homens conviventes, e de outro, como tema constante das teorias e ideologias políticas, está habitualmente acoplada ao ideal de liberdade, considerado, também ele, supremo ou último.

Assim, igualdade e equidade substantivas, com suas sutis diferenças de entendimento, são princípios fundamentais para a entificação de sociedades que se querem justas.

Contemporaneamente, sem descuidar do princípio da liberdade substantiva, igualdade e equidade constituem valores essenciais para a construção de políticas públicas voltadas para a promoção da justiça social e da solidariedade.

Abordada fora do dicionário, equidade é um termo erroneamente considerado como sinônimo ou semelhante à igualdade. A figura abaixo retrata bem essa diferença.

Figura 6 - Igualdade X equidade



Fonte: Souza (2016).

Igualdade significa todos terem acesso ao mesmo - como na imagem, três indivíduos de diferentes condições têm o mesmo nível de acesso a algo. Na imagem se veem os conceitos de igualdade e equidade aplicados a meninos vendo um jogo de baseball.

A igualdade é retratada como todos tendo o mesmo “banquinho”, independentemente de sua altura, e isso leva a não todos os meninos terem acesso ao jogo. Já na figura da equidade, vemos os três meninos tendo todos resultados iguais, ou seja, vendo o jogo, mas precisando de diferentes meios, ou altura do “banquinho”, para terem o mesmo nível de justiça e verem o jogo. É um princípio extremamente importante na justiça social. Já a equidade é a adaptação da regra ao concreto, a uma situação específica, para que se tenha um resultado mais justo.

Embora os termos equidade e igualdade possam parecer, em um primeiro momento, sinônimos, eles não são. A confusão pode ser compreendida quando se considera que a equidade se relaciona diretamente com o conceito de igualdade; contudo, a primeira busca oferecer condições de atendimento à saúde de acordo com a necessidade de cada indivíduo para que o resultado final seja igualitário para todos os pacientes.

A equidade, um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), não significa que todos os cuidados devem ser iguais; muito pelo contrário, os cuidados serão proporcionais e adequados às necessidades de cada usuário (PAIM; VIEIRA, 2006).

Logo, a equidade, de certa forma, é uma maneira de se alcançar a igualdade e a justiça no atendimento às necessidades de saúde. No Brasil, a importância de tal princípio ratifica-se ainda mais quando se considera a pluralidade da população e por ele ser uma ferramenta para minimizar as desigualdades sociais tão presentes no país (PAIM; VIEIRA, 2006).

Por exemplo, nos hospitais, quando a prioridade no atendimento é estabelecida com base na urgência e gravidade de cada caso, e não apenas na ordem de chegada, se está fazendo uso do princípio da equidade com o objetivo de alcançar igualdade e justiça social na saúde (PAIM, 2006).

O conceito de equidade em saúde de maior uso corrente é o de Whitehead (1992), que incorpora o parâmetro de justiça à distribuição igualitária. Segundo ela, as iniquidades em saúde têm relação com distinções inconvenientes e evitáveis, e essas são indevidas e desagradáveis. Whitehead (1992) afirma ainda que iniquidade faz parte de um conceito de dimensão ética e social.

A autora segue a teoria da justiça de Rawls (1971), assim como Amartya Sen (2001), que considera a teoria da justiça a mais influente e importante do século, em que a justiça é apresentada como equidade (WHITEHEAD, 1992).

A teoria apresentada por Rawls (1971 *apud* WHITEHEAD, 1992), mais especificamente em sua reelaboração em 1983, apresenta dois princípios. O primeiro relata que cada pessoa tem igual direito a liberdades básicas iguais e que esse esquema de liberdade deve ser similar à liberdade de todos. Já o segundo princípio relata a necessidade das desigualdades sociais e econômicas de satisfazerem duas condições.

Na primeira condição, as desigualdades devem estar associadas a posições/cargos abertos a todos diante de equidade de oportunidades e, na segunda, devem ser para benefício da maior parte dos membros da sociedade que tem menos vantagens.

Rawls (1971 *apud* WHITEHEAD, 1992) apresenta a equidade como parte de seu segundo princípio, como um adjetivo, qualificando a igualdade de oportunidades. A partir do significado dado a igualdade, que se difere por incluir juízos de valor, é que se construiu a significação de equidade.

Uma síntese quanto aos distintos conceitos empregados para equidade em saúde no Brasil pode ser encontrada em “O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão” (ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017), sistematizados no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 - Diferentes conceitos de equidade na produção científica em saúde

Autor	Conceito
Leenan, 1985 <i>apud</i> Whitehead, 1992	Equidade em Saúde é: a igualdade de acesso aos cuidados disponíveis para necessidades iguais, igualdade de utilização para necessidades iguais e igualdade de qualidade dos cuidados para todos.
Zamora, 2000, p. 26	A equidade é o estado, o ideal ou a qualidade de ser justo, imparcial e correto.
Drane, 2000, p. 76 e 77	A equidade requer que os bens e serviços essenciais proporcionados a algumas pessoas deveriam estar disponíveis para outros igualmente necessitados. [...] Equidade significa que nós tentamos dar vida à intuição de igualdade tentando entregar bens essenciais e serviços básicos a todos sobre as mesmas bases.
Whitehead, 1992, p. 431	O termo inequidade tem uma dimensão moral e ética. Se refere às diferenças que são desnecessárias e evitáveis, mas também são consideradas incorretas e injustas.
Opas, 1998 <i>apud</i> Nunes, Santos, Barata, Vianna, 2001, p. 19	Equidade em atenção em saúde implica em receber atenção, segundo suas necessidades.
Sen, 2002, p.308	Equidade é um conceito multidimensional que inclui: aspectos relacionados com a concretização da saúde e da capacidade de obter uma boa saúde e não apenas com a distribuição de cuidados em saúde; a equidade do processo, com destaque para a ausência de discriminação na prestação de cuidados de saúde; que as considerações de saúde sejam integradas às questões mais amplas de justiça social e equidade global, prestando atenção na versatilidade de recursos e nas diferenças de escopo e impacto de diferentes arranjos sociais.
O'Donnells, Doorslaer e Wagstaff, 2008, p. 177	Equidade horizontal é o tratamento de iguais. Equidade vertical é desigualdade de tratamento adequado para desiguais.

Fonte: Albrecht, Rosa e Bordin (2017).

Quando se passa para a operacionalização do conceito, existem cinco definições de igualdade e sete definições de equidade em saúde abordadas na literatura. Em se considerando a despesa pública como um indicador de prioridades em saúde, Le Grand (1982) apresenta cinco tipos de igualdade que devem orientar.

São elas:

- a) Igualdade de gastos - todos os indivíduos têm o mesmo gasto privado, seja ele monetário ou de tempo;
- b) Igualdade de rendimentos fiscais - foca em ter a despesa pública distribuída buscando, assim, que os menos economicamente favorecidos tenham

rendimentos disponíveis similares aos dos mais economicamente favorecidos, ou seja, ter a despesa pública dos serviços em saúde distribuída;

- c) Igualdade de despesa pública - todos os indivíduos têm a 'mesma' despesa;
- d) Igualdade de resultado - busca promover a igualdade de resultado por meio da distribuição da despesa pública;
- e) Igualdade de utilização - objetiva que a quantidade utilizada dos serviços seja igual, sendo realizada a partir da distribuição da despesa pública.

Mooney (1983), também se referindo à área da despesa pública em saúde, traz sete definições de equidade em saúde. São elas:

- a) Equidade em saúde - objetiva atingir a igualização dos indicadores de saúde;
- b) Equidade de recursos *per capita* - diferentes regiões significam diferentes preços, assim esse tipo de equidade objetiva dar mais a quem precisa mais, atingindo o mesmo nível em saúde;
- c) Equidade de despesa *per capita* - os gastos em saúde são divididos conforme o tamanho da população de cada região;
- d) Equidade de utilização para iguais necessidades - é o conceito de equidade com foco na discriminação positiva, a favor de quem utiliza menos o sistema de saúde ou tem menor predisposição para usá-lo;
- e) Equidade de oportunidades de acesso para iguais necessidades - os usuários do sistema de saúde devem usufruir do mesmo nível de acesso a saúde, tendo os mesmos encargos. O problema de todos pagarem o mesmo valor é que, moradores de distritos diferentes levam mais ou menos tempo até o atendimento, mais custo em transporte, etc. Assim, mesmo tendo os mesmos encargos, pessoas diferentes podem inferir em maior ou menor gasto devido a outras condições que não só o acesso a serviços de saúde;
- f) Equidade de satisfação de necessidades marginais - tendo como condição que todos os distritos têm as mesmas prioridades em saúde, diante de um corte orçamentário, as mesmas prioridades deixariam de ser tratadas;
- g) Equidade em recursos para necessidades iguais - é a equidade de acordo com quem compõe a população, em termos de idade, sexo e demais fatores que afetem as necessidades populacionais.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a percepção quanto ao conceito de equidade em saúde de usuários e profissionais da saúde suecos e brasileiros.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o conceito empregado de “equidade em saúde” por profissionais da área e usuários de ambos os sistemas;
- b) Explicitar exemplos do emprego da equidade em saúde em ambos os sistemas de saúde;
- c) Confrontar a percepção de informantes-chave com vivência em ambos os sistemas.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa que tem por principal objetivo comparar os sistemas de saúde sueco e brasileiro no que tange ao conceito da equidade. Uma vez que a análise qualitativa se baseia na interpretação dos fatos não priorizando análises numéricas ou estatísticas, essa abordagem enquadra-se ao presente estudo e é a ele (GIL, 2002).

Por comparar dois sistemas de saúde distintos, trata-se de um estudo comparativo. De acordo com Bulgacov (1998), os estudos comparativos são uma metodologia de pesquisa pertinente a investigações de objetos complexos para possibilitar que se estabeleçam relações entre as possíveis semelhanças e disparidades de atributos deles.

Desse modo, a revisão da literatura ocorreu por meio de autores que versam sobre esse tema em livros, artigos, teses e dissertações já publicadas e, também, com base em sites oficiais dos governos brasileiro e sueco. Os principais descritores utilizados para essa busca foram: equidade, equidade em saúde e justiça social.

Após a revisão, ocorreu a coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais da saúde brasileiros e suecos, assim como pesquisadores que atuam em áreas relacionadas à equidade e usuários de ambos os sistemas.

Para a seleção dos entrevistados, buscou-se informantes dos sistemas de saúde em seus vários âmbitos administrativos. Basicamente, adotou-se quatro critérios para a seleção dos informantes-chave: diferentes idades, sexo e *background* e, ainda que tivessem experiência em algum sistema de saúde, seja como profissional ou usuário. Ademais, estes deveriam mostrar-se dispostos a participar da pesquisa.

A seleção dos profissionais, gestores e pesquisadores seguiu uma lógica de rede de relacionamentos. Ou seja, o primeiro entrevistado indicou outros potenciais entrevistados e assim sucessivamente. Para os profissionais suecos, a escolha inicial se deu via contato com autores de publicações sobre o sistema de saúde sueco que constam nas referências deste estudo.

Das primeiras manifestações de disponibilidade em serem entrevistados, houve a posterior indicação de novos profissionais, naquele momento realizando estudos sobre a equidade em saúde. Embora por caminhos diferentes, os

profissionais entrevistados são integrantes de duas universidades de Estocolmo, o *Karolinska Institutet* e o *Centre For Health Equity Studies (CHESS)*.

A mesma sistemática foi empregada para a seleção dos profissionais brasileiros, ainda que as entrevistas tenham contemplado uma maior diversidade de profissões (enfermeiros, médicos, professores) atuantes no Sistema Único de Saúde.

Assim, a primeira entrevista seguiu a mesma lógica da rede de relacionamentos, envolvendo a coordenadora do curso de enfermagem na UFRGS. Esta, por sua vez, indicou outros profissionais, que ampliaram o leque de entrevistados e juntaram-se aos já contatados.

Quanto aos critérios para a seleção dos usuários suecos, foram entrevistados residentes (não necessariamente cidadãos suecos) com diversificadas experiências com o sistema de saúde. Uns recorreram aos serviços tendo seu contato por meio da emergência, outros pelo sistema de agendamento de consultas por telefone e/ou internet e, ainda, por meio do que, no Brasil, seriam as unidades básicas de saúde (*Vårdcentral*). O entrevistado inicial era da rede de relações da autora, que já residiu anteriormente na Suécia.

Finalmente, para os usuários brasileiros, uma vez que todos os habitantes são usuários do SUS, não houve uma delimitação específica para a seleção. O critério para a seleção dos entrevistados deu-se aleatoriamente, quando se buscou informantes que tivessem apresentado contato recente com o SUS, informação obtida através de conversas informais da pesquisadora. Todos os usuários foram contatados inicialmente por e-mail e, os que se mostraram disponíveis para a realização da entrevista, agendou-se um horário e local viável para ambos.

Os entrevistados, sejam usuários ou profissionais, de ambas nacionalidades, estão enumerados no quadro 2.

Quadro 2 - Entrevistados – usuários e profissionais, brasileiros e suecos

Entrevistados	Cidade e origem	Idade (anos)	Afinidade com o Sistema de Saúde
UB1	São Paulo, SP, brasileiro.	60	Experiência enquanto usuário do sistema de saúde brasileiro.
UB2	Pelotas, RS, brasileiro.	32	Apenas experiência enquanto usuário do sistema de saúde brasileiro.
UB3	Porto Alegre, RS, brasileiro.	27	Experiência enquanto usuário do sistema e como estudante da área de saúde.
UB4	Porto Alegre, RS, brasileiro.	27	Experiência enquanto usuário de ambos os sistemas de saúde (sueco e brasileiro).
US1	Estocolmo, grega.	29	Experiência enquanto usuário do sistema de saúde sueco.
US2	Estocolmo, sueco.	17	Experiência enquanto usuário do sistema de saúde sueco.
US3	Estocolmo, brasileira.	30	Experiência enquanto usuário de ambos os sistemas de saúde (sueco e brasileiro).
US4	Estocolmo, brasileira.	33	Experiência enquanto usuário do sistema de saúde sueco.
US5	Estocolmo, brasileira.	27	Experiência enquanto usuário do sistema de saúde sueco.
PB1	Porto Alegre, RS, brasileira.	60	Experiência como enfermeira de um hospital público e professora de nível superior na mesma área.
PB2	Porto Alegre, RS, brasileiro.	35	Experiência enquanto profissional da área de psiquiatria atuante na iniciativa privada.
PB3	Porto Alegre, RS, brasileiro.	73	Experiência como gestor de programas de ações de saúde da Secretaria de Saúde do RS e diretor técnico do Hospital Partenon.
PB4	Singapura, brasileira.	29	Psicóloga com atuação na Fundação Mario Martins e no Grupo Hospitalar Conceição.
PB5	Rio do Sul, SC, brasileiro.	50	Presidente da Sociedade brasileira de endocrinologia e metabologia.
PB6	Caxias do Sul, RS, brasileira.	31	Dermatologista com experiência no SUS e, atualmente, profissional autônoma na iniciativa privada.
PB7	Porto Alegre, RS, brasileira	37	Endocrinologista atuante no hospital Santa Casa de Porto Alegre.
PS1	Estocolmo, italiana.	24	Experiência como estudante de medicina e estagiário no Hospital de Karolinska.
PS2	Estocolmo, brasileira	40	Pesquisador pela UFRGS e pela Karolinska Institut – Suécia e experiência como diretor do departamento de Odontologia na UFRGS.
PS3	Estocolmo, brasileira	60	Enfermeira atuante em uma casa para idosos na Suécia.
PS4	Estocolmo, sueco	70	Experiência como professor e pesquisador na área de medicina social.
PS5	Estocolmo, brasileira	56	Experiência como professor e pesquisador no Karolinska Institut, Centre For Health Equity Studies e UERJ.

Fonte: Da autora (2018).

Além disso, foram selecionados participantes que tiveram experiências em ambos os sistemas de saúde. Desta forma, os resultados incorporaram, também, uma

parte das percepções baseadas na realidade brasileira e sua comparação com a realidade sueca.

A visita técnica à Suécia (janeiro/julho de 2018) ocorreu com o propósito de, além da realização das entrevistas, buscar materiais que pudessem vir a acrescentar informações inéditas que não poderiam ser obtidas apenas em pesquisas em bases virtuais. Alguns dados necessários para compreender o funcionamento concreto de ambos os sistemas foram coletados, incluindo uma breve descrição de sua história, estrutura organizacional e gestão, formas de financiamento e de prestação dos serviços, as prioridades e políticas de saúde dos países.

Todas as entrevistas semiestruturadas foram precedidas da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e realizaram-se de forma presencial, eventualmente complementadas por videoconferência, Skype ou e-mail.

As entrevistas buscaram obter dados envolvendo o perfil dos entrevistados (sexo, idade, afinidade com os sistemas de saúde, experiência na área, atuação profissional, entre outros); a definição do conceito de equidade em saúde e a percepção destes no que tange à relação da equidade como eixo estruturante (ou não) dos sistemas. Ainda, investigou-se a diferença entre igualdade e equidade e exemplos de políticas ou situações nas quais esse princípio se faz explicitamente presente.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, se configurando em dados para posterior análise de conteúdo. Estas iniciaram pelos usuários brasileiros no mês de dezembro do ano de 2017 e findaram com a coleta de dados na Suécia no mês de julho de 2018, tendo, portanto, totalizado um período aproximado de oito meses. É importante mencionar que as entrevistas ocorreram nos idiomas italiano, português e inglês, ainda que a transcrição tenha convergido para o português.

A técnica para definição do número de informantes-chave respeitou a “saturação” dos elementos presentes nas diversas entrevistas e a disponibilidade dos participantes no período existente para a realização do presente estudo.

No Apêndice B encontra-se o roteiro da entrevista, cuja divisão em categorias ocorreu por país (Brasil e Suécia) e por afinidade com o sistema (pesquisadores/profissionais ou usuários)

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para melhor sistematização das informações, dividiu-se as entrevistas por grupo de respondentes. No item 5.1 estão as respostas relativas aos usuários brasileiros e suecos. As informações relativas aos profissionais brasileiros e suecos se encontram no item 5.2. Por fim, a comparação entre como o princípio doutrinário da “equidade em saúde” se configura em ambos os sistemas está no item 5.3.

5.1 CATEGORIA: USUÁRIOS

5.1.1 Caracterização dos usuários

Para atingir o objetivo de identificar como o princípio da equidade em saúde se faz presente em cada um dos sistemas tendo por base o relato de usuários de ambos os sistemas, faz-se necessário, inicialmente, definir os entrevistados.

Quadro 3 - Caracterização dos entrevistados

Entrevistados	Cidade e origem	Idade (anos)	Afinidade com o Sistema de Saúde
UB1	São Paulo, SP, brasileiro.	60	Experiência enquanto usuário do sistema de saúde brasileiro.
UB2	Pelotas, RS, brasileiro.	32	Apenas experiência enquanto usuário do sistema de saúde brasileiro.
UB3	Porto Alegre, RS, brasileiro.	27	Experiência enquanto usuário do sistema e como estudante da área de saúde.
UB4	Porto Alegre, RS, brasileiro.	27	Experiência enquanto usuário de ambos os sistemas de saúde (sueco e brasileiro)
US1	Estocolmo, grega.	29	Experiência enquanto usuário do sistema de saúde sueco.
US2	Estocolmo, sueco.	17	Experiência enquanto usuário do sistema de saúde sueco.
US3	Estocolmo, brasileira.	30	Experiência enquanto usuário de ambos os sistemas de saúde (sueco e brasileiro).
US4	Estocolmo, brasileira.	33	Experiência enquanto usuário do sistema de saúde sueco.
US5	Estocolmo, brasileira.	27	Experiência enquanto usuário do sistema de saúde sueco.

Fonte: Da autora (2018).

Para preservar a identidade dos participantes, convencionou-se chamar por UB os usuários brasileiros e por US os usuários suecos. A hierarquia numérica foi estabelecida pela ordem das entrevistas. Dessa forma, UB1 e US1 foram os primeiros usuários entrevistados e UB4 e US5 os últimos.

A técnica para definição do número de entrevistados foi a da saturação, ou seja, quando os informantes passam a responder de forma muito semelhante aos questionamentos. Ao final, para a redação da dissertação, foram considerados um total de nove usuários, quatro do sistema brasileiro e cinco do sistema sueco, enumerados no Quadro 3.

5.1.2 Usuários brasileiros

Ao serem questionados sobre qual sua experiência com o sistema de saúde brasileiro, os entrevistados convergiram ao responderem como pontos positivos o fato de terem se sentido “bem servidos” e terem sua demanda atendida. Contudo, identificou-se algumas ressalvas quanto a problemas na estrutura física e ao tempo de espera para o atendimento:

Quando criança, eu precisava agendar consultas no campo da pneumologia. O tempo de espera foi longo [...] quando criança e como adulto, eu precisava de prontidão e essas incursões foram positivas. [...] em outras ocasiões utilizei os serviços do hospital Miguel Pilcher em Pelotas. Nisto foi possível observar o tempo de espera e a demanda foi muito alta (UB1).

Eu precisei de cuidados no SUS quando era bebê (até os 5 anos) e três vezes na vida adulta. [...] em todos os momentos eu estava bem servido, embora os problemas de infraestrutura fossem importantes. Em geral, minha experiência adulta foi satisfatória. Minha impressão de infância é negativa, mas não tenho lembranças concretas (UB2).

Apenas UB3 referiu a existência de um patamar inferior de atenção se comparado o atendimento no SUS à iniciativa privada (saúde suplementar).

Vejo como o principal ponto positivo do SUS que ele é um sistema para toda a população e, por isso, oferece serviços para pessoas que talvez não teriam condições de pagar e, assim, estariam totalmente desamparadas. Contudo, ao utilizá-lo, eu não senti o mesmo cuidado e atenção que quando fui atendida pela iniciativa privada (UB3).

As entrevistas se voltavam a obter uma definição de equidade, a percepção deste princípio no sistema de saúde brasileiro e sua operacionalização, incluindo o relato de um exemplo.

Para UB1, a equidade é entendida como um valor que preza o atendimento pela não diferenciação dos usuários. Enfatizou o fato de que a equidade visa priorizar

a existência de uma urgência acima de qualquer outra diferença e que, ainda, o propósito fim de tal valor está em priorizar a manutenção da vida acima de tudo.

Quando nos referimos a um termo de igualdade, não julgamos nenhuma situação, como raça, credo, religião, etc. Quando falamos de igualdade, seria um julgamento sem levar em conta nenhuma diferença para que não haja desigualdade e injustiça (UB1).

UB3, de forma semelhante, também demonstrou ter consciência que a equidade não é sinônimo de igualdade, e, ao ser questionado sobre como ela é aplicada no SUS, trouxe o exemplo das pulseiras para priorizar atendimentos com maior urgência.

Equidade é diferente de igualdade. Hoje tenho consciência disso. Sei que a equidade no SUS é atender os usuários de forma particular para que se atinja uma igualdade no sistema. Ou seja, não é tratar todos iguais, porque as pessoas e as demandas são diferentes, mas é tratar cada um com sua particularidade para se ter a igualdade. Um exemplo disso é priorizar atendimentos com urgência mesmo que este tenham chegado ao local depois de outro paciente. Estou falando das pulseirinhas que são distribuídas aos pacientes (UB3).

Por essa perspectiva, a equidade diferencia-se da igualdade, pois seu objetivo fim não está em tratamento iguais, mas que busquem alcançar um objetivo comum e, nessa busca, todo o processo deve ser considerado, assim como a diversidade das situações.

Paim e Vieira (2006) alertam sobre as possíveis interpretações equivocadas que podem ocorrer quando se analisam os significados dos termos equidade e igualdade.

Coerentemente com as respostas dos entrevistados, os autores mencionam que a equidade traz cuidados adequados às necessidades de cada paciente e, nesse sentido, não é um tratamento igual para todos. Ou seja, a equidade faz uso de adaptações para que os resultados sejam proporcionais e adequados à necessidade do usuário.

Em sentido semelhante, Pesaro (2017) define que os conceitos acima tratados são semelhantes, mas a equidade, quando aplicada coerentemente nos sistemas de saúde, resulta em igualdade no tratamento e, portanto, a justiça tão objetivada pelos princípios do SUS.

Para o autor:

Tratar dos conceitos de igualdade e equidade é, na verdade, discutir sobre o princípio da justiça. A diferença entre os termos pode ser sutil, entretanto, juntos, constituem os pilares de uma sociedade justa e democrática. A discussão remonta à Grécia Antiga, Platão e Aristóteles, em seus escritos sobre ética, política, moral e justiça, trataram da relevância da equidade para o bem e a felicidade perfeita da polis (PEIXOTO, 2017, p. 1).

UB4, por sua vez, traz seu relato tendo por base a experiência em ambos os sistemas. No que se refere ao SUS, esse indivíduo esporadicamente é usuário e, por esse motivo, afirmou não ter um conceito formado para posicionar-se sobre o modelo brasileiro.

Contudo, expôs sua visão de que os recursos do sistema brasileiro não são bem aplicados e, por conseguinte, o atendimento não é satisfatório. Mas trouxe uma experiência de atendimento quando fez uso do sistema de saúde sueco. Este definiu o conceito de equidade quando, mesmo não sendo sueco, foi atendido de acordo com o nível de atenção necessário.

Dessa forma, para ele, a equidade é compreendida como uma forma de tratamento sem distinção social, cultural ou econômica, por exemplo.

Segundo Whitehead (1992), a proposta ideal de equidade em saúde é que as pessoas tenham oportunidades justas para atingirem seu potencial em termos de saúde. Seguindo sua abordagem, a autora explica que as políticas públicas focadas na equidade têm como dever minimizar ou eliminar por completo as distinções em saúde, resultantes de fatores injustos e evitáveis.

Azevedo (2013, p. 132), por sua vez, ao mencionar Aristóteles, traz que a não distinção social, cultural ou econômica, quando relacionada à equidade, se refere ao termo *epieikeia*, traduzido como *equity* ou *fairness* “[...] *equity* é facilmente traduzível para equidade em português e *fairness* pode significar mais amplamente justiça, equidade e retidão”.

Distinção que vai de encontro ao princípio do SUS, no qual o acesso aos sistemas de saúde deve ser universal. Ou seja, uma vez que ocorra a distinção entre os usuários, estar-se-á ignorando uma das bases do SUS.

Um segundo ponto a ser destacado no relato de UB4 diz respeito à agilidade com que este foi atendido na Suécia. Em aproximadamente uma hora, seu “problema” de saúde foi “sanado dentro do possível”. Contudo, o sistema sueco exige um

pagamento antecipado de 200 coroas suecas, uma contrapartida exigida independentemente da gravidade que se tenha⁴.

Fui ao equivalente a uma UPA brasileira, a Vårdcentralen in Gärdet. Estou registrado no call center e cheguei lá por volta das 9:30, entrei em 30 minutos e às 10:30 fui liberado. No entanto, é importante notar que antes de ser atendido eu tive que pagar o serviço (200SEK se não me engano). E fui informado de que, se tivesse telefonado no dia anterior, teria podido ser atendido imediatamente em horário marcado (UB4).

5.1.3 Usuários suecos

Para US1, o sistema de saúde sueco está adequado para suprir as demandas da população. No que se refere à percepção da equidade, para o presente entrevistado, ela diz respeito de forma mais direta a princípios éticos, pois crê que, independentemente da nacionalidade ou origem, todos deveriam ter acesso a saúde e inovação proposta pelo sistema de saúde sueco. Uma vez que os seres humanos, independentemente de sua situação momentânea e/ou condições financeiras, devem estar assistidos pelo sistema de saúde.

Como eu mencionei, eu acredito que a equidade na saúde se aplica a todo o sistema de cuidados de saúde sueco e as qualificações dos médicos que optam por vir para a Suécia a fim de trabalho são impressionantemente altas. Eles tratam o paciente como um humano e tomam o tempo para verificar o que é melhor para o tratamento de acordo com o plano de fundo. Onde eu não estava realmente satisfeito com o serviço é o tratamento de emergência do hospital (US1).

É importante destacar que o presente entrevistado reside e trabalha na Suécia há mais de três anos, mas sua nacionalidade é grega. A partir disso, a percepção dele trouxe uma familiaridade com o fato de que, independentemente da nacionalidade, o acesso aos sistemas de saúde irá ocorrer, pois essa é uma característica particular aos sistemas de saúde europeus.

De acordo com seu relato, US1 visualizou o conceito de equidade quando, ao buscar um serviço hospitalar, não houve distinção por sua nacionalidade. Como era esperado, dentro da lógica dos sistemas de saúde europeus, apenas considerou-se a gravidade de sua condição.

⁴ Como experiência da autora, diante de uma situação de atendimento em hospital público (vômito de sangue), durante o período de coleta das entrevistas, foi necessário primeiro pagar, para depois ser atendida na emergência. Quando comparado a como essa situação seria tratada no Brasil, causa grande estranheza. Apesar disso, ninguém deixa de ser atendido, mas a contrapartida sempre será cobrada. Caso não seja possível pagar na hora, o paciente recebe um boleto, a ser pago em 30 dias.

Equidade na atenção à saúde significa sistema de saúde inclusivo como uma sociedade inclusiva. Um sistema de saúde precisa incluir todos os envolvidos e dar a chance aos cidadãos de outros países de se beneficiarem da inovação que um sistema de saúde desenvolve (PS1).

US2 ao relatar o que, pelo seu ponto de vista, seria um sistema de saúde ideal, traz uma definição de equidade. Para ele, um sistema adequado é aquele no qual as peculiaridades de cada necessidade sejam consideradas.

Um sistema de saúde ideal, na minha opinião, não é o mesmo para todos, mas aquele que se encaixa da melhor maneira possível para o melhor tratamento do paciente, e isso é de grande importância quando se trata de um estabelecimento que recebe pessoas com todo tipo de peculiaridade para melhor atendê-las (US2).

Ademais, US2 traz que a equidade é um valor da sociedade sueca e, portanto, é esperado pela população do país que esse valor se faça presente na saúde, uma vez que esse é um direito e uma necessidade elementar para a vida dos indivíduos.

Já os entrevistados US3, US4 e US5 explicitam seu ponto de vista enquanto brasileiros residentes na Suécia. Pelo relato destes, percebe-se que dois, entre os três entrevistados, trazem uma visão positiva do sistema, pois o percebem como um modelo que preza a segurança, o respeito e a não diferenciação quanto às origens étnicas dos usuários.

[...] no hospital em Huddinge, quando fiz uma cesariana, as enfermeiras foram muito cuidadosas, falavam devagar sueco para que pudéssemos entender, trouxeram uma enfermeira que falava português para me ajudar também. Senti-me muito bem recebida por todos no hospital (US3).

Contudo, US4 demonstrou insatisfação com o modelo sueco, uma vez que sentiu descaso com o tratamento não recebido. Tal fato pode ser compreendido devido ao modelo sueco defender a não medicalização.

Por exemplo, enquanto o indivíduo não necessitar de uma intervenção com a indicação de antibiótico, bastando o emprego de um anti-inflamatório, ele não deveria buscar os sistemas de atenção à saúde.

Nesse contexto, US4, como brasileiro, sentiu-se injustiçado, pois no SUS qualquer indivíduo, não importando o grau de sua necessidade, irá ser atendido. Na Suécia lhe foi negado o atendimento.

Minha família inteira teve gripe por uma semana com febre alta. Ligamos ao 1177 e não tivemos vaga para consulta em Vårdcentralen. Nos foi dito Narakut. Nós fomos lá (Vardcentral) e eles não aceitaram nos ver porque nós só tivemos gripe e febre há poucos dias. Eles acabaram atendendo apenas a minha filha mais nova, que estava com febre alta por mais dias do que o resto da família (US4).

Quanto ao conceito de equidade relatado pelos 3 entrevistados, os quesitos mencionados relacionam-se ao conceito como uma forma de dar prioridade para quem precisa e, ainda, que esse tratamento tenha respeito o indivíduo.

Equidade em saúde é dar maior e mais rápida atenção a quem tem sintomas e necessidades mais urgentes/risco de vida que outros pacientes (US5).

Dar prioridade aos casos mais graves (US4).

Quanto à diferenciação dos conceitos de igualdade e equidade que, embora possam ser confundidos ou entendidos como sinônimos, para os entrevistados, por unanimidade, os conceitos são diferentes. A saber, igualdade foi abordada como uma forma de todos serem tratados da mesma maneira, enquanto a equidade também trata a todos igualmente, mas considera a gravidade ou urgência de cada caso.

Quando nos referimos a um termo de igualdade, não julgamos nenhuma situação, como raça, credo, religião, etc. Quando falamos de equidade, seria um julgamento sem levar em conta nenhuma diferença para que não haja desigualdade e injustiça (UB1).

Igualdade significa que todas as pessoas são tratadas iguais. Já a equidade significa que pessoas com necessidades diferentes receberam níveis de atenção diferentes (US5).

Enfim, constata-se que os entrevistados, sem exceção, relataram a importância e aplicação da equidade nos sistemas de saúde, sejam eles brasileiros ou suecos.

Entre as características percebidas como fundamentais para um sistema ser equitativo, menciona-se o respeito ao indivíduo e suas origens e o atendimento conforme a urgência da situação.

5.2 CATEGORIA: PROFISSIONAIS

5.2.1 Caracterização dos entrevistados

Ao selecionarmos os profissionais brasileiros e suecos, foram novamente considerados a diversidade de idade e experiências em áreas diferentes na saúde, tais como: pesquisador, professor, enfermeiro, psicólogo e médicos em diferentes especialidades. Ademais, foram entrevistados indivíduos que, embora atuem no sistema sueco, têm sua nacionalidade brasileira e vice-versa.

Quadro 4 - Caracterização dos profissionais brasileiros

Entrevistados	Cidade e origem	Idade (anos)	Afinidade com o Sistema de Saúde
PB1	Porto Alegre, RS, brasileira.	60	Experiência como enfermeira de um hospital público e professora de nível superior na mesma área.
PB2	Porto Alegre, RS, brasileiro.	35	Experiência enquanto profissional da área de psiquiatria atuante na iniciativa privada.
PB3	Porto Alegre, RS, brasileiro.	73	Experiência como gestor de programas de ações de saúde da Secretaria de Saúde do RS e diretor técnico do Hospital Partenon.
PB4	Singapura, brasileira.	29	Psicóloga com atuação na Fundação Mario Martins e no Grupo Hospitalar Conceição.
PB5	Rio do Sul, SC, brasileiro.	50	Presidente da Sociedade brasileira de endocrinologia e metabologia.
PB6	Caxias do Sul, RS, brasileira.	31	Dermatologista com experiência no SUS e, atualmente, profissional autônoma na iniciativa privada.
PB7	Porto Alegre, RS, brasileira	37	Endocrinologista atuante no hospital Santa Casa de Porto Alegre
PS1	Estocolmo, italiana.	24	Experiência como estudante de medicina e estagiário no Hospital de Karolinska.
PS2	Estocolmo, brasileira.	40	Pesquisador pela UFRGS e pela Karolinska Institut – Suécia e experiência como diretor do departamento de Odontologia na UFRGS.
PS3	Estocolmo, brasileira.	60	Enfermeira atuante em uma casa para idosos na Suécia.
PS4	Estocolmo, sueco.	70	Experiência como professor e pesquisador na área de medicina social.
PS5	Estocolmo, brasileira.	56	Experiência como professor e pesquisador no Karolinska Institut, Centre For Health Equity Studies e UERJ.

Fonte: Da autora (2018).

Para preservar a identidade dos participantes, convencionou-se chamar por PB os profissionais brasileiros e por PS os profissionais de saúde suecos. A hierarquia

numérica foi estabelecida pela ordem das entrevistas. Dessa forma, PB1 e PS1 foram os primeiros usuários entrevistados, já PB8 e PS5, os últimos profissionais.

Destaca-se ainda o fato de dois entrevistados (PS1 e PB4) contribuírem com percepções não apenas da realidade brasileira e sueca, pois estes são nascidos ou atuam em outros países. PS1 é sueco de origem italiana e PB4 é brasileira residente em Singapura.

Quanto aos entrevistados brasileiros, buscou-se participantes de diferentes regiões geográficas com o propósito de que as opiniões aqui analisadas não se limitem ao local de origem desta dissertação.

5.2.2 Profissionais brasileiros

Retomando as entrevistas, equidade em saúde para PB2 seria uma distribuição de recursos em saúde de acordo com as necessidades das populações atendidas. Semelhante ao presente entrevistado, PB6 traz que a equidade é verificar e analisar cada situação com base em critérios de justiça. PB7, por sua vez, enfatiza que se deve dar maior atenção para aqueles usuários que têm maior necessidade.

Nesse sentido, Sen (2002) traz que a equidade em saúde é um conceito multidimensional, uma vez que, além de não se limitar apenas ao cuidado da saúde, também perpassa pela equidade se fazendo presente em todo o processo de atenção à saúde. Para o autor, a equidade em saúde se estende por “questões mais amplas de justiça social” (SEN, 2002, p. 308).

Ao se tratar sobre a justiça social é indispensável trazer o conceito tratado por Whitehead (1992, p. 433), que entende a equidade em saúde como “[...] todos devem ter uma justa oportunidade para atingir seu total potencial de saúde”. Por essa perspectiva, é possível que se evite as desigualdades, uma vez que estas são injustas, desnecessárias.

As percepções acima descritas refletem as respostas obtidas pela maior parte dos entrevistados. De acordo com alguns relatos:

Enquanto igualdade é tratar todos da mesma maneira, equidade é tratar todos de acordo com a necessidade de cada (PB2).

Aplicação da justiça distributiva, onde os recursos disponíveis são hierarquizados para priorizar determinadas situações, seja dos casos mais

graves ou outras situações específicas, ou para priorizar a atenção aos mais necessitados, sem acesso a sistemas suplementares e privados (PB5).

Conforme relatado por PB2, equidade e igualdade são conceitos diferentes. Os demais entrevistados compartilham desse entendimento e, em vários momentos, enfatizaram que a equidade se relaciona à justiça. Esse é um conceito abordado por Whitehead (1992):

Esta é uma igualdade, você trata a todos da mesma forma, independentemente de você ter ou não. É para todos, não é para ninguém. Isso não significa que sim, mas tem a questão, o princípio doutrinário da equidade. Se você chegar em uma emergência do SUS, você será tratado da mesma maneira ou deveria. Tendo ou não, você receberá mais em termos de serviço (PB1).

Equidade significa justiça. Tratar a todos com sua natureza. Igualdade de direitos a todos (PB4).

Por sua vez, ao serem questionados sobre como a equidade é aplicada no sistema brasileiro, identificou-se que existe uma certa concordância sobre ela ser aplicada, mas não de forma condizente com as prioridades do sistema e para atender da melhor forma os usuários. Entre os problemas trazidos, um deles é a menor oferta de profissionais em comparação com a demanda por atendimento.

Segundo alguns dos entrevistados, sendo a oferta de profissionais não satisfatória em relação à necessidade deles no SUS, a equidade é prejudicada no sentido de que a necessidade dos usuários não poderá ser sempre priorizada por conceitos de justiça social, tendo em vista que a falta de profissionais limita os atendimentos.

Com uma demanda de serviços maior que a capacidade do SUS, se torna praticamente impossível fazer a priorização por grau de severidade do agravo, por exemplo, ou demais fatores que sejam diferenciais para o conceito de equidade.

Eventualmente, mas não como regra. Houve o cuidado universal, mas havia também uma lista de prioridades de acordo com o perfil epidemiológico, para encontrar e tratar os problemas mais significativos da população (PB3).

Sim, no entanto, como a demanda é alta, e há poucos profissionais, muitas pessoas não estão mais sendo atendidas (PB4).

No nível de emergência do hospital (no extremo – sala vermelha), sim, se aplica a equidade. Nos encaminhamentos de postos de saúde, geralmente não (PB7).

Portanto, quase que a totalidade dos profissionais brasileiros aqui entrevistados consideraram que a equidade ocorre quando se dá a atenção e prioridade às maiores necessidades dos usuários dos sistemas de saúde.

Muitos ainda enfatizaram que ela se relaciona com o conceito de justiça. Constatou-se, no entanto, que a equidade é aplicada no SUS, mas que dificuldades tais como a falta de profissionais e a própria desorganização do sistema não permitem que esse princípio doutrinário seja integralmente aplicado.

5.2.3 Profissionais suecos

Para a maior parte dos entrevistados a equidade no sistema de saúde sueco alicerça-se na prerrogativa de que cada usuário deve receber o que necessita para alcançar e manter sua saúde e bem-estar. Ou seja, os usuários devem ser tratados de maneira justa e igual para que tal princípio seja efetivo. PS1, por exemplo, ressalta que:

[...] na minha opinião, isso deve ser feito ajudando cada pessoa da maneira que for melhor para ela, independentemente das condições econômicas e sociais, tipo de problema de saúde, gênero e nacionalidade.

A equidade no sistema de saúde sueco foi, em síntese, interpretada como uma forma de se atender as pessoas de acordo com a relevância do seu caso e gravidade. PS4 trouxe como exemplo uma pessoa com câncer e outra com resfriado.

Nessa situação, a equidade vai definir que o usuário com câncer deve receber mais foco e ter acesso à quimioterapia, pois esta enfermidade traz maior necessidade de intervenção quando comparada com o caso do resfriado, que pode ser facilmente resolvido com remédios. Nos relatos de PS2 e PS4 tem-se uma síntese dos demais posicionamentos:

Equidade é quando duas pessoas vão para um hospital, uma com o braço quebrado e outra com dor de dente, a pessoa com o braço quebrado será atendida mais cedo porque ela merece, já que o caso dela é mais grave, independente de situação econômica ou social (PS2).

Equidade é condição sine qua non para qualquer sistema de saúde, pois é possível otimizar e salvar mais vidas (PS4).

Por sua vez, quando foram questionados sobre a diferença entre a equidade e a igualdade, evidenciou-se que a igualdade é interpretada como um direito para que as pessoas tenham o mesmo *status* e responsabilidades e, portanto, sejam consideradas iguais.

Por sua vez, a equidade é entendida como uma garantia de que as pessoas sejam tratadas de maneira justa e paritária. Saddi (1999, p. 25) ratifica o exposto pelos entrevistados quando afirma:

[...] a reforma do sistema de saúde público, na Suécia começou em 1992 e os seus dois pontos principais permanecem inalterados – acesso igual e universal aos serviços de saúde e financiamento principalmente através de recursos públicos equitativos.

Os relatos de PS1 e PS2 contribuem para ilustrar a ideia defendida pela maior parte dos entrevistados. Além disso, PS2 aborda o conceito de integralidade. Para este, a integralidade é um valor que está circunscrito com a equidade e a igualdade.

Igualdade significa que um grupo de pessoas ou cidadãos têm o mesmo status, direitos e responsabilidades e são considerados iguais, enquanto equidade significa que essas pessoas são tratadas de maneira justa e igual (PS1).

Igualdade é quando pessoas diferentes são tratadas da mesma maneira em relação à totalidade. A integralidade é um grande problema no Brasil, na Suécia e no mundo. Isso leva à contradição de outros princípios. Integralidade significa que todos têm o direito de ter sua vida preservada, e quando há uma situação em que uma pessoa precisa de 3 milhões de reais para uma droga, quando a mesma quantidade poderia comprar 100.000 vacinas, qual seria a solução? Assim, a equidade é comprometida (PS2).

Por sua vez, ao se objetivar como a equidade é aplicada na Suécia, os resultados evidenciaram que ela possui um papel central na saúde sueca. Aliás, esse princípio é encontrado na lei de saúde e cuidados de saúde (*Hälso e sjukvårdslagen*).

De acordo com essa lei, a atenção à saúde deve ser dada com respeito e igual valor a todos os indivíduos, de forma coletiva ou individual. Nesse sentido, a precedência no atendimento deve ser priorizada para quem tem a maior necessidade de cuidados na saúde.

O relato de PS3 ilustra como a agilidade e a não burocratização, enquanto uma característica que pode vir a tornar o sistema mais lento, é um atributo positivo para a aplicação da equidade no sistema sueco.

Eu nunca fui paciente de nenhum dos sistemas. No entanto, conheço o caso da esposa de um amigo que chegou a Estocolmo e quebrou o braço no primeiro dia escorregando no gelo. Tudo foi resolvido na sala de emergência e parecia não haver maior burocracia. Ele é professor de saúde há muito tempo com extensa pesquisa acadêmica em saúde no Brasil e na Suécia (PS3).

Ademais, comentou-se que a equidade é percebida quando os usuários são analisados como um todo. PS1, por exemplo, lembra que nesse país os profissionais da saúde questionam sobre a situação de vida do usuário e que ele esteve a par dessa prerrogativa quando, ainda na escola de medicina, foi treinado para exercer a profissão percebendo as pessoas além dos sintomas com os quais eles trabalham.

Sim, acho que a equidade em saúde é aplicada no sistema de saúde sueco. Os médicos ouvem seus pacientes e perguntam não apenas sobre seus sintomas, mas também sobre os pensamentos, medos e expectativas do paciente. [...]. Eu penso que em todos os países o tratamento muitas vezes se decide em conjunto com o paciente. Na Suécia isso é particularmente verdadeiro, porque o paciente tem um papel ativo em muitas decisões que o médico toma. Médicos e pacientes conversam entre si de maneira informal, o que também se deve ao fato de a língua sueca ser informal e muitas formalidades terem desaparecido no sueco moderno. [...] O paciente pode expressar seus próprios pontos de vista que são levados em consideração pelo médico para dar um tratamento individualizado (PS1).

Finalmente, ao se considerar o fato de que dois dos profissionais entrevistados (PS2 e PS5) conhecem tanto o sistema brasileiro como o sueco, os resultados evidenciaram um fato relevante, ou seja, que, independentemente das particularidades dos países analisados, de questões culturais e econômicas, ou mesmo das fragilidades de cada modelo, o princípio da equidade se faz presente no SUS e no sistema sueco.

A equidade é realmente relevante para os sistemas de saúde sueco e brasileiro, já que foram estruturados para atuar com base na equidade (PS2).

Saddi, ainda em 1999, quando realizou uma pesquisa na qual traça um painel estrutural da reforma dos sistemas de saúde em seis países europeus, ressaltou o fato acima descrito pelo entrevistado, ou seja, que embora peculiaridades, ambos os sistemas podem ser equiparados quando se analisa a equidade. Para o presente autor, estudos que versem analisar o princípio revestem-se de importância por serem

capazes de evidenciar soluções e resolver os desafios inertes ao modelo de atenção universal.

Os países membros da Comunidade Europeia (CE) continuam enfrentando dificuldades persistentes em relação à equidade, modernização e financiamento em seus sistemas de saúde públicos [...]. Embora haja uma diversidade muito grande entre os países, tanto em relação à cultura médica quanto em relação às instituições de saúde pública e à própria prática médica uma comparação internacional evidencia os problemas e as soluções comuns do que foi vivido pela Europa até hoje (SADDI, 1999, p.12).

Burström (2011) traz que na reforma ocorrida em 2010 a equidade foi ainda mais enfatizada quando, inclusive, se criou uma política intersetorial para melhorar o tratamento igualitário e justo na saúde do país. É importante destacar que o presente autor fez parte do quadro de entrevistados desse estudo e, em mais de um momento, trouxe informações inéditas de suas pesquisas. Nas palavras do autor:

Boa saúde e cuidado de saúde equitativo são os pilares da Lei Sueca de Serviços Médicos e de Saúde. Estudos recentes mostram que o nível médio de saúde, medido como longevidade, melhora na Suécia, no entanto, as desigualdades sociais na saúde continuam a ser uma questão importante. Uma questão importante é como os serviços de saúde podem contribuir para reduzir as desigualdades na saúde e o impacto de uma recente reforma da escolha da Atenção Primária à Saúde (APS) nesse sentido (BURSTRÖM, 2011, p. 1).

PS5 ainda lembra que, no sistema sueco, a equidade surgiu anteriormente à criação e estruturação do sistema, ou seja, este já era um valor tido como primordial para a saúde. Já no Brasil, o SUS elencou-o como um princípio característico do sistema, após sua estruturação.

Por esse motivo, ao se considerar que a equidade já é um valor enraizado no modelo, para os entrevistados, o modo como a equidade no sistema de saúde sueco é aplicado é a forma como o Brasil deseja um dia alcançar.

Diante das entrevistas acima retratadas, nota-se que a equidade em saúde é citada como relevante em relação ao acesso aos sistemas de saúde, tempo para o atendimento e demais questões clínicas.

Pouco se vê a abordagem quanto à importância da equidade no rompimento de barreiras geográficas, econômicas e culturais. Isso será atribuído, conforme

discussão posterior, à relação histórica e cultural da equidade em saúde nesses países.

Quando se fala em equidade nos dias de hoje, trata-se da “estratégia da igualdade” (TAWNEY, 1964). Essa estratégia objetiva alcançar igualdade econômica e social por meio dos gastos públicos. O objetivo dessa estratégia é restringir as desigualdades e eliminar consequências sociais. Isso ocorreria com o uso dos rendimentos provenientes da tributação sendo utilizados para financiar a prestação de serviços sociais, sendo eles saúde, habitação, educação e transporte.

Assim, a prestação desses serviços seria gratuita ou subsidiada, entre gastos do governo e população. Essa estratégia é aplicada aos sistemas de saúde brasileiro e sueco.

Nas entrevistas realizadas no Brasil e na Suécia, alguns dos conceitos de equidade e igualdade, previamente apresentados no texto, foram citados pelos participantes, em concordância com os trechos das entrevistas expostos abaixo.

Igualdade de oportunidades de acesso para iguais necessidades – só haverá equidade quando os utentes, em cada distrito, suportem os mesmos encargos no acesso aos cuidados de saúde. Normalmente os utentes nos distritos rurais suportam maiores encargos em transporte, tempo perdido, ou ainda, maiores dificuldades no acesso aos serviços traduzidos na menor qualidade de serviços, a nível local.

As citações em que essa definição é apresentada são:

[...] o fato de que todos pagam a mesma quantia, 200 sek, quando vão para o GP. Desta forma, todos podem ir ao médico, porque os custos são muito pequenos e as despesas restantes são cobertas pelos sistemas de saúde. O mesmo acontece com o “högkostnadsskyddet”, ou seja, paga os seus medicamentos até um determinado montante (o que é igual para todos) e as despesas restantes são cobertas pelo sistema de cuidados de saúde (PS4).

Aplicação da justiça distributiva, onde os recursos disponíveis são hierarquizados para priorizar determinadas situações, seja dos casos mais graves ou outras situações específicas, ou para priorizar a atenção aos mais necessitados, sem acesso a sistemas suplementares e privados (PB5).

A relevância é mais ética. Nos cuidados de saúde, todos precisam ser incluídos e têm uma oportunidade para um tratamento objetivo, apesar dos seus antecedentes (PS2).

Equidade em saúde é focar naqueles que têm o SUS como única fonte de atenção médica. Como sistema, acredito que não é praticado e deve ser feito na forma de acompanhamento dentro e fora do hospital. Pessoas pobres – especialmente idosos e crianças – devem ser monitoradas para minimizar a necessidade de ir ao hospital (UB10).

A segunda definição mais frequente nas entrevistas é a seguinte:

Igualdade de recursos para necessidades iguais – nesta definição tem-se em linha de conta a estrutura da população, por sexos e grupos de idade, e outros fatores que possam influenciar as necessidades da população.

As entrevistas que mais exploraram a definição de equidade em saúde acima foram a do profissional sueco 1, os profissionais brasileiros 2 e 4 e o usuário brasileiro 2, conforme as citações abaixo:

Equidade no sistema de saúde significa que cada paciente recebe o que precisa para alcançar e manter a saúde e o bem-estar. Isso também significa que os pacientes são tratados de maneira justa e igual. Na minha opinião, isso deve ser feito ajudando cada pessoa da maneira que for melhor para ela, independentemente das condições econômicas e sociais, tipo de problema de saúde, gênero e nacionalidade (PS1).

Seria uma distribuição de recursos de saúde de acordo com as necessidades das populações atendidas (PB2).

Equidade no sistema de saúde é tratar cada um para a sua necessidade. Conforme mencionei antes, a equidade é útil para conseguir que tenhamos igualdade no sistema, pois as pessoas não são iguais e suas demandas de saúde também não são. Assim, cada indivíduo tem que ser considerado em sua particularidade para que todos tenham um estado de saúde satisfatório (UB2).

Para mim, é justo proporcionar, dentro das necessidades especiais de cada um, cuidados adequados e específicos. Seria uma distribuição de recursos de saúde de acordo com as necessidades das populações atendidas (PB4).

Como é possível ler acima, dois conceitos de equidade se apresentaram como mais proeminentes e lembrados pelos entrevistados, a “igualdade de recursos para necessidades iguais” e “igualdade de oportunidades de acesso para iguais necessidades”.

É interessante ressaltar que essas duas traduções de equidade têm como similaridade o foco em justiça social, em diferentes necessidades receberem diferentes cuidados, retomando o conceito original de equidade de Whitehead (1992), trazendo os pressupostos originais da equidade e não a operacionalização dela.

5.2.4 COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS: SÍNTESE

Embora o perfil dos entrevistados já tenha sido apresentado anteriormente, aqui, por meio dos quadros 2 e 3, apresentam-se todos os entrevistados, não mais separados em categorias, mas a listagem geral com o intuito de que melhor se possa compreender características que foram decisivas para a percepção destes.

Autores como Moraes, Kligerman e Cohen (2015) apontam o quanto características demográficas e demais informações relativas à nacionalidade podem ser condicionantes e fatores influentes para pesquisas de percepção, tal como o presente estudo.

Uma vez respeitada a diversidade de sexos, amplitude de idade e atuação profissional ou contato com os sistemas enquanto usuários, buscou-se a visão de entrevistados com experiência em ambos os sistemas. Estes são os participantes: PS2, PS5 (profissionais) e os usuários UB4 e US5.

Quando se compara os relatos dos entrevistados acima mencionados com os participantes que trouxeram sua visão de apenas um dos sistemas, seja ele sueco ou brasileiro, ficou nítido que seus relatos trouxeram uma visão mais crítica quanto à aplicação da equidade, uma vez que eles a vivenciaram nos dois países. Desse modo, embora os sistemas tenham o mesmo princípio, questionou-se o porquê de ele não ser empregado igualmente no Brasil e na Suécia.

Por sua vez, quando se analisa o contato que estes informantes têm com os sistemas, apurou-se que os profissionais, em algumas situações, mesmo tendo vivenciado os sistemas de saúde sueco ou brasileiro em raros momentos, os conhecem pela base acadêmica/teórica que possuem e, principalmente, pelo exercício de seu trabalho. De acordo com os relatos:

Formado em universidade federal, tenho uma experiência muito boa com o SUS. Atuo na Santa Casa de Porto Alegre (PB3).

Eu tenho visitado muitos centros de saúde e médicos na Suécia desde julho de 2017 [...] eu continuo a visitar os hospitais com frequência e vejo diferentes demandas todos os dias (PS1).

Trabalhei com o sistema único de saúde (SUS) durante a faculdade de medicina, residência médica e atualmente trabalho como dermatologista na cidade de Caxias do Sul-RS (PB4).

Uma síntese das falas dos entrevistados quanto ao conceito de equidade se encontra no Quadro 5 abaixo.

Quadro 5 - Percepção do conceito de equidade

Entendimento de equidade em saúde			
Usuários brasileiros	Usuários suecos	Profissionais brasileiros	Profissionais suecos
Dar prioridade, sem exceções, a quem está correndo riscos de vida.	Dar prioridade aos casos mais graves.	Tomar decisões com base em critérios de igualdade.	Atender pessoas com a relevância do seu caso e gravidade.
Distribuição de recursos de acordo com a necessidade das populações.	Tratar o paciente com respeito com tratamentos adaptados às particularidades.	Reconhecer os direitos dos indivíduos na saúde.	Aplicação da justiça distributiva.
Condição <i>sine qua non</i> para qualquer sistema de saúde que busca salvar vidas.	Equidade como um direito de justiça.	Cada paciente recebendo todos os recursos necessários para que este esteja com saúde e bem-estar.	Priorizar atendimento de acordo com características de cada grupo populacional.
Priorizar o cuidado pelo grau de severidade considerando-se a particularidade de cada caso para dar a primazia no atendimento.	Um sistema inclusivo em uma sociedade inclusiva.	Tratamento para todos sem discriminação	Usuários recebendo tratamento igualitário.

Fonte: Da autora (2018).

Pelo constatado, o conceito de equidade para os entrevistados brasileiros e suecos não apresentaram diferenças marcantes; muito pelo contrário, as descrições se equipararam.

Entretanto, os participantes suecos enfatizaram a questão da justiça social, enquanto os brasileiros ressaltaram a ênfase em atender primeiro os usuários com a necessidade mais latente e foram enfáticos ao lembrar que a saúde é um direito assegurado para todo cidadão.

ma explicação potencial seria que, na Suécia, o problema do acesso aos serviços já estar solucionado, enquanto no Brasil a cobertura das ações e serviços de saúde ainda não ser plena.

Barros e Sousa (2016), em estudo sobre os diferentes conceitos atribuídos para o termo equidade, constataram que, mesmo quando se busca entendê-la em uma análise temporal, ou seja, como o conceito se consolidou ao longo do tempo, concluíram que ela sempre se alicerçou como um direito social.

Nas palavras dos autores: “[...] mais que um direito social, há uma tendência cada vez mais perceptível de se considerar o direito à saúde como um direito humano” (BARROS; SOUZA, 2016, p. 10).

A prerrogativa acima mencionada pode ser comprovada quando, no ano 2000, o Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas, por meio do Comentário-Geral Nº 14, reafirmou que a saúde é uma garantia social institucionalizada e um direito humano fundamental.

No texto do presente documento consta que “o direito à saúde não é para ser entendido como o direito de ser saudável”, ou seja, ele engloba todos os determinantes que podem tornar a vida das populações mais saudáveis e, assim, propiciar bem-estar (ONU, 2000).

Abaixo é exposto o quadro que retrata a percepção da diferença entre o princípio da equidade e igualdade, segundo usuários e profissionais de saúde brasileiros e suecos, facilitando a exposição desses dados para uma melhor leitura.

Tanto usuários quanto profissionais da saúde enfatizaram que a equidade no Brasil não é apenas um princípio, mas um direito. Todas as pessoas estão asseguradas constitucionalmente.

Entretanto, os entrevistados lembraram que isso nem sempre ocorre na prática. Já a igualdade ocorre quando todas as situações são vistas da mesma forma, ou seja, não se estabelece maior grau de atenção para quem apresentar necessidade *maior* de cuidado.

Ademais, é importante pontuar que mais de um entrevistado brasileiro frisou que no sistema de saúde há maior ocorrência da aplicação da igualdade que a equidade.

Dito isso, uma diferença identificada entre a percepção da equidade e igualdade para os sistemas de saúde brasileiro e sueco surgiu quando os usuários e profissionais da saúde suecos enfatizaram que em seu país há um maior foco na equidade, e que o modelo de atenção em saúde prioriza auxiliar a todos com respeito às necessidades de cada habitante.

Nesse contexto é fundamental lembrar que a Suécia é uma sociedade caracterizada por ser inclusiva. Diante dessa influência, quando a modelagem da sociedade sueca é inclusiva, ter um sistema de saúde que se estruture e funcione nessa lógica é previsto e expectável.

Quadro 6 - Percepção da diferença entre o princípio da equidade e igualdade, segundo usuários e profissionais de saúde brasileiros e suecos

Usuários brasileiros	Usuários suecos	Profissionais brasileiros	Profissionais suecos
Referem-se ao termo igualdade pontuando que este não deve julgar situações específicas. Nesse sentido, a igualdade não consideraria as diferenças e, portanto, poderia resultar em injustiças.	A equidade consiste em reconhecer as particularidades de cada indivíduo para adaptá-las e torná-las semelhantes. Já a igualdade tem por base o conceito de que todos são iguais em geral, desconsiderando as particularidades do indivíduo.	Os relatos convergem em entender a igualdade como todos os usuários do SUS tendo o mesmo tratamento. Contudo, a equidade privilegia aqueles que mais precisam. Em outras palavras, a igualdade seria “trate o mesmo” e a equidade “dê preferência àqueles que mais precisam”.	Entendimento de que a igualdade é quando qualquer indivíduo exercer o direito e o acesso com integralidade aos sistemas de saúde. A equidade, entretanto, engloba, além do direito acima mencionado, a necessidade de que esses usuários pacientes recebam um atendimento personalizado e adaptado quanto às necessidades.
Equidade como um princípio que se obriga a proporcionar oportunidades para as pessoas em desvantagem. Já a igualdade não tem esse dever.	Equidade entendida como um princípio no qual tratar os usuários de forma desigual é um meio de garantir justiça social e, portanto, a igualdade. Ou seja, a equidade é um caminho, se assim pode ser dito, para a igualdade “ser justa”.	Enquanto a igualdade parte da prerrogativa de que o tratamento deve ser o mesmo a todos, a equidade visa corrigir as diferenças e dar mais a quem tiver maior necessidade.	Igualdade enquanto uma opção de ação que vai ocorrer de igual forma para todos, independentemente do caso. Entretanto, a equidade percebe e considera a primazia da prioridade aos indivíduos que estão em uma situação de maior risco de saúde, por exemplo.
A aplicação da equidade no SUS constitui-se em uma forma de igualdade de tratamento, independentemente de condições relativas às diferentes regiões do país, culturas, etc.	Entendimento da equidade como um princípio que inclui a noção de propriedade e age com objetividade, pois tem o poder de diminuir desigualdades. Já a igualdade se faz necessária quando os membros do todo são e se sentem desiguais.	Equidade entendida como um princípio onde se faz necessário o respeito e a avaliação, com justiça, das diferenças e desigualdades. Por sua vez, a igualdade trataria “tudo” e a todos da mesma maneira.	Equidade estreitamente relacionada ao conceito de justiça, onde seu emprego significa tratar a todos em suas particularidades para, assim, alcançar-se a igualdade de direitos.

Fonte: Da autora (2018).

Miranda (2014), ao analisar as relações entre os termos igualdade e equidade e seus desdobramentos nas discussões contemporâneas com foco para a área da

educação, traz um alerta para o fato de que a literatura, não em apenas uma situação, utiliza os termos como sinônimos, sendo que estes não podem ser utilizados assim.

Nas palavras da autora:

A partir dos anos de 1990, o termo equidade tem sido empregado como substituto de igualdade. Cada vez mais, autores de diferentes posicionamentos do ponto de vista político e ideológico adotam o termo para se referirem à ideia de igualdade [...] a igualdade passou a ser considerada como um princípio que se contrapõe à ideia de diferença. Nessa perspectiva, a defesa de uma igualdade entre os homens seria um empecilho na luta pelo respeito à diversidade existente entre as pessoas. O significado e as implicações dessas mudanças no trato da noção de igualdade requerem estudo e reflexão (MIRANDA, 2014, p. 2).

A seguir consta o Quadro 7 que retrata a percepção da aplicação da equidade no sistema de saúde, segundo usuários e profissionais de saúde brasileiros e suecos, mais uma vez para tornar mais claros esses dados.

Quanto à operacionalização do conceito de equidade na organização do sistema de saúde, ocorreu uma divergência de opiniões entre os profissionais e usuários brasileiros entrevistados. Os primeiros acreditam que a equidade é um princípio presente nos sistemas de saúde, pois há iniciativas e formas de atendimento que priorizam os mais necessitados.

A maioria dos usuários, no entanto, relatou que a equidade ocorre parcialmente no cotidiano do sistema, devido, principalmente, às limitações estruturais existentes no país. Assim, ela não é uma forma de diminuir as desigualdades existentes entre a população no que tange aos cuidados à saúde.

Marin, Marchioli e Moracvick (2013), em consonância com a problematização dos usuários brasileiros, também entende que as debilidades do país como um todo são fatores decididos para que a equidade em saúde não seja cumprida com integralidade no cotidiano do SUS.

Já para os suecos, tanto para as profissionais quanto para os usuários, a equidade no cotidiano do sistema de saúde é percebida como um fato presente.

Segundo eles, ela ocorre quando o modelo sueco de atenção à saúde sempre prioriza as necessidades por nível de importância. No caso, existe uma hierarquização da atenção.

Quadro 7 - Percepção da aplicação da equidade nos sistemas de saúde, segundo usuários e profissionais de saúde brasileiros e suecos

Usuários brasileiros	Usuários suecos	Profissionais brasileiros	Profissionais suecos
<p>Crença de que embora a equidade busque ser atendida, tem-se um problema de limitação na estrutura humana e física do SUS. Assim, mesmo que ela seja um objetivo do sistema de saúde brasileiro, nem sempre ocorre. Dessa forma, tem-se uma realidade na qual alguns usuários não são atendidos como deveriam. Mais de um entrevistado enfatizou a importância social e até mesmo simbólica do SUS, já que este é um canal, se assim pode ser chamado, no qual todos os cidadãos, em tese, terão o mesmo atendimento e a mesma forma de tratamento. O fato acima descrito é visto como uma marca positiva da equidade no modelo brasileiro, não obstante, a maior parte dos entrevistados creem que o problema na concretização da equidade está em questões que ultrapassam as políticas de saúde.</p>	<p>Percepção geral de que a equidade é um princípio presente no sistema. Nesse contexto, enfatizou-se que, para ela ser efetiva, casos menos graves não são contemplados pelo sistema. No Brasil, a presente lógica é diferente, uma vez que todos os usuários são atendidos pelo SUS e, dessa forma, muitas vezes os casos mais graves não recebem a devida atenção exigida.</p>	<p>Equidade é percebida, de acordo com os relatos desses profissionais, no dia a dia do SUS. Para eles, ela é parte do próprio sistema brasileiro. Isso torna-se evidente quando há políticas que visam priorizar as minorias. Exemplificou-se o atendimento especial que ocorre em bairros carentes e que, portanto, exigem mais tempo e recursos. Nesses locais, o SUS é a principal forma de interferir para melhorar o bem-estar dessa população. Ou seja, equidade como uma forma de propiciar igualdade social.</p>	<p>Percebem a equidade enquanto um princípio respeitado nesse sistema de saúde inclusivo, tal como a sociedade em seus diferentes segmentos busca ser. Logo, a identificam no sistema de saúde quando este inclui todos os envolvidos e, ainda, presta atendimento a qualquer indivíduo, inclusive se este for de outro país. Como evidências em seu cotidiano profissional, percebem a equidade, por exemplo, quando o sistema de saúde é universal, com prioridades claras para os atendimentos e, ainda, quando as políticas públicas do país estão de acordo com o perfil epidemiológico desta.</p>

Fonte: Da autora (2018).

Ações como discriminação e preconceito, que provocam a diferenciação no acesso às oportunidades e recursos em saúde na sociedade, são injustas. Isso é conflitante com um direito básico do ser humano, a saúde. Em 1946, a Organização Mundial da Saúde afirmou que o direito ao mais alto padrão de saúde atingível é um direito de todos. É importante lembrar que saúde é condição *sine qua non* para alcançar objetivos da sociedade, seja emprego ou educação.

[...] a equidade em saúde implica que, idealmente, todos poderiam atingir seu pleno potencial de saúde e que ninguém deveria estar em desvantagem para alcançar esse potencial por causa de sua posição social ou outras circunstâncias socialmente determinadas.

Isso se refere a todos e não apenas a um segmento particularmente desfavorecido da população. Esforços para promover a equidade social na saúde são, portanto, destinados a criar oportunidades e remover barreiras para alcançar o potencial de saúde de todas as pessoas. Envolve a distribuição justa dos recursos necessários para a saúde, acesso justo às oportunidades disponíveis e justiça no apoio oferecido às pessoas quando doentes (WHITEHEAD; DAHLGREEN, 2006).

É retomado nessa seção o conceito de equidade em saúde de Whitehead devido à grande parte dos entrevistados apresentarem equidade em saúde de modo igual ou similar a Whitehead. Apesar das diferentes origens profissionais ou de países dos entrevistados, muitos desses focaram na justiça, na igualdade, em todos serem tratados como iguais. Isso pode ser visto nos trechos abaixo:

Equidade no sistema de saúde significa que cada paciente recebe o que precisa para alcançar e manter a saúde e o bem-estar. Isso também significa que os pacientes são tratados de maneira justa e igual. Na minha opinião, isso deve ser feito ajudando cada pessoa da maneira que for melhor para ela, independentemente das condições econômicas e sociais, tipo de problema de saúde, gênero e nacionalidade (PS1).

É verificar e analisar cada situação e tomar decisões com base nos critérios de justiça (PB4).

Equidade na atenção à saúde significa sistema de saúde inclusivo como uma sociedade inclusiva. Um sistema de saúde precisa incluir todos os envolvidos e dar a chance aos cidadãos de outros países de se beneficiarem da inovação que um sistema de saúde desenvolve (US1).

Equidade é diferente de igualdade. Hoje tenho consciência disso. Sei que a equidade no SUS é atender os usuários de forma particular para que se atinja uma igualdade no sistema. Ou seja, não é tratar todos iguais, porque as pessoas e as demandas são diferentes, mas é tratar cada um com sua particularidade para se ter a igualdade (UB3).

Essas entrevistas, internacionais e de diferentes *backgrounds*, retratam a equidade em seu pressuposto e não na sua operacionalização. Assim, essa amostra de entrevistas trouxe majoritariamente três significados para a equidade em saúde, sendo elas: equidade como uma condição para atingir o mais elevado patamar possível de vida, equidade como “igualdade de recursos para necessidades iguais” e como “igualdade de oportunidades de acesso para iguais necessidades”

6. CONCLUSÃO

O princípio da equidade se mostrou fortemente aplicado pelos usuários e profissionais brasileiros e suecos. Presente na legislação sanitária de ambos os países, a equidade tem diferentes significados teóricos e práticos. Na presente pesquisa, os entrevistados apontaram a equidade em seu significado teórico original, de Whitehead (1992), como sendo o mais presente em ambos os países.

Quanto ao objetivo geral, a definição de equidade que mais foi citada nas entrevistas foi semelhante ao empregado por Whitehead (1992, p. 433), que diz que “[...] todos devem ter uma justa oportunidade para atingir seu total potencial de saúde”.

As entrevistas demonstraram que a equidade aplicada na Suécia e no Brasil é retratada em seu pressuposto, e não na sua operacionalização. Assim, conforme os entrevistados, três significados para a equidade em saúde foram ressaltados: equidade como igualdade de oportunidade de acesso para iguais necessidades, equidade como igualdade de recursos para necessidades iguais e equidade como condição para atingir o mais elevado patamar possível de vida.

Quanto ao primeiro objetivo específico, de identificar o significado de equidade em saúde para os usuários e profissionais brasileiros e suecos, a equidade foi entendida pelos entrevistados como dar prioridade a quem tem maior necessidade, sem prezar por situação econômica, política ou social.

Em relação ao segundo objetivo específico, de apresentar situações em que a equidade em saúde se mostrou presente, foram especialmente citadas as pulseiras de risco que organizam a urgência e emergência em unidades de pronto atendimento e hospitais no Brasil.

Já na Suécia foram salientados o pagamento prévio de uma taxa para serem atendidos no *Vardcentral* e a relativa prioridade dos usuários com maior urgência nos postos de saúde, como relatou o US17, que “quando meu remédio psiquiátrico acabou, fui no *Vardcentral*, onde falaram que questões urgentes seriam prontamente tratadas e eu poderia marcar uma consulta para o dia posterior”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A justiça é a primeira virtude das instituições sociais, como a verdade é dos sistemas de pensamento. Uma teoria no entanto elegante e econômica deve ser rejeitada ou revisada, se for falsa; Da mesma forma, as leis e as instituições, por mais eficientes e bem organizadas que sejam, devem ser reformadas ou abolidas, se forem injustas. Cada pessoa possui uma inviolabilidade fundada na justiça que até o bem-estar da sociedade como um todo não pode anular. Por essa razão, a justiça nega que a perda de liberdade de alguns seja acertada por um bem maior compartilhado por outros. Não permite que os sacrifícios impostos a uns poucos sejam superados pela soma maior de vantagens desfrutadas por muitos. Portanto, em uma sociedade justa, as liberdades de cidadania igual são tomadas como estabelecidas; os direitos assegurados pela justiça não estão sujeitos a negociação política ou ao cálculo de interesses sociais.

(John Rawls, 1971)

A Suécia é uma paixão antiga minha. Da cultura *viking* aos valores existentes na sociedade, o país sempre me inspirou, em termos acadêmicos e pessoais. Quando recebi uma bolsa para um Mestrado em Economia em Estocolmo (2014), vivenciei o que mais para a frente inspirou esta dissertação: a saúde na Suécia, tão similar em termos de valores ao Brasil, e de sociedades tão diferentes.

Assim, a minha experiência como mestranda na Suécia (2014) me fez conhecer o sistema de saúde sueco e me provocou essa paixão pelo estudo comparativo entre os sistemas de saúde. Diria, entretanto, que a justiça social e a equidade foram valores essenciais para a minha formação, conceitos que eu tive como intrínsecos e sempre questioneei quem agia em oposição a esses princípios, virtudes da sociedade.

Esses conceitos foram essenciais para inspirar a presente dissertação, intitulada “Sistemas Comparados de Saúde: O conceito de equidade no Brasil e na Suécia”.

Lendo meu próprio texto, identifico algumas situações que condicionaram os resultados. Um deles, o método de escolha dos informantes-chave, que terminou por incluir entrevistados com escolaridade e padrão socioeconômico semelhantes, sendo esse um limitante do estudo.

Potencialmente, delimitou o espectro das respostas ao atendimento em si, e não na questão das diferentes estratificações existentes na realidade brasileira, não

presente na Suécia (como a exclusão social a concentração de renda no Brasil). Um segundo seria minha inexperiência neste tipo de estudo, já que oriunda da área de exatas.

Frente a isto, o que posso dizer: se existir financiamento para continuar a pesquisa em ambos os países, de realizá-la como doutoranda, ampliando e diversificando a amostra de entrevistados e aprofundando as conclusões encontradas nessa dissertação, sou candidata!

REFERÊNCIAS

- AITH, F. M. A. O financiamento da saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 60-62, mar. 2003.
- ALBRECHT, C. A. M.; ROSA, R. dos S.; BORDIN, R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 115-128, 2017.
- ANAHP. **Painel saúde em números** – Estimativas 2012. 2012. Disponível em: <<http://anahp.com.br/produtos-anahp?limitstart=18>>. Acesso em: 05.out. 2017.
- ANELL, A.; GLENNGÅRD, A. H.; MERKUR, S. Sweden: health system review. **Health Systems in Transition**, v. 14, n. 5, p. 1-159, 2012.
- AURÉLIO. Dicionário Aurélio de Português On-line. **Equidade**. 2017. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/equidade>>. Acesso em: 29 out. 2017.
- AZEVEDO, M. L. N. de. Igualdade e equidade: qual é a medida da justiça social?. **Avaliação**, v. 18, n. 1, p. 129-150, mar. 2013.
- BARROS, F. P. C. de; SOUSA, M. F. de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, mar. 2016.
- BISPO JR., J. P.; MESSIAS, K. L. M. de. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. **Revista de Saúde.com**, v. 1, n. 1, p. 79-89, 2005.
- BOBBIO, N. **Direita e esquerda**: razões e significados de uma distinção política. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: EdUnesp, 1995.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jun. 2011.
- BRASIL. Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 set. 2000.

BRASIL. Emenda constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 mar. 2015.

BRASIL. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 dez. 2016.

BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jan. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BULGACOV, S. Estudos comparativo e de caso de organizações de estratégias. **Organizações & Sociedade**, v. 5, n. 11, p. 53-76, jan./abr. 1998.

BURSTRÖM, B. Förändringar inom hälso- och sjukvården. **Socialmedicinsk tidskrift**, v. 4, p. 338-343, 2011.

COSTA, N. D. R.; SILVA, P. L. B.; RIBEIRO, J. M. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 50, n. 3, p. 33-56, 1999.

CUNHA J. P. P.; CUNHA ROSANI, R. E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JR., M.; TONON, L. M. **Cadernos de Saúde: planejamento e gestão em saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. cap. 2, p. 11-26.

DAGBLADET, S. **Alliansen vill ha rättvis sjukvård**. 2017. Disponível em: <<https://www.svd.se/alliansen-vill-ha-rattvis-sjukvard>>. Acesso em: 05 out. 2017.

DAGBLADET, S. Sweden's healthcare is an embarrassment. **The Local**, 27 jan. 2015. Disponível em: <<https://www.thelocal.se/20150127/swedens-health-care-is-a-shame-to-the-country>>. Acesso em: 06 out. 2017.

SCOREL, S. Equidade em saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>>. Acesso em: 28 out. 2017.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FPAGRADO. Suécia. sinónimo de calidad de vida extraordinária. **FPaGrado – We work for your future**, 07 dez. 2016. Disponível em: <<https://fpagrado.com/sinonimo-de-calidad-de-vida-extraordinaria/>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GLENNGÅRD, A. H. The Swedish Health Care System. **International Health Care System Profiles**, 2017. Disponível em: <<http://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/>>. Acesso em: 13 out. 2017.

GRAND, J. The Strategy of Equality: Redistribution and the Social Services. **Allen and Unwin**, v. 4, p. 20-22, 1982.

GRAY, B. H.; WINBLAD, U.; SARNAK, D. O. Sweden's esther model: improving care for elderly patients with complex needs. **The Commonwealth Fund**, 15 set. 2016. Disponível em: <<http://www.commonwealthfund.org/publications/case-studies/2016/sep/sweden-esther-case-study>>. Acesso em: 27 out. 2017.

HJORTSBERG, C.; GHATNEKAR, O. Health care systems in transition: Sweden. **European Observatory on Health Care Systems**, v. 3, n. 8, p. 1-106, 2001. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/96410/E73430.pdf>. Acesso em: 18 out. 2017.

HOBSBAWM, E. **Tempos Interessantes: uma vida no século XX**. São Paulo: Cia das Letras, 2002.

IHME. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Brazil**. 2017a. Disponível em: <<http://www.healthdata.org/brazil>>. Acesso em: 13 out. 2017.

IHME. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Sweden**. 2017b. Disponível em: <<http://www.healthdata.org/sweden>>. Acesso em: 13 out. 2017.

KERSTENETZKY, C. L. **O estado de bem-estar social na idade da razão**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LAZZARI, J. B. **As fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: LTr, 2003.

LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Strengths and weaknesses of the care delivered in the Traditional Primary Healthcare Units and Family Healthcare Strategy units in the perspective of users. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780-788, set. 2013.

MARINHO, A.; CARDOSO, S. de S.; ALMEIDA, V. V. de. Avaliação comparativa de Sistemas de Saúde com a utilização de fronteiras estocásticas: Brasil e OCDE. **RBE**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 1, p. 3-19, jan./mar. 2012.

MARQUES, S. B. O princípio constitucional da integralidade de assistência à saúde e o projeto de lei n. 219/2007: interpretação e aplicabilidade pelo Poder Judiciário. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 64-86, out. 2009.

MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Cepesc/Abrasco, 2007. p. 87-88.

MENDES, C. H. A. Implicações ambientais do desenvolvimento da infraestrutura: saneamento urbano. **Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 32-51, out./dez. 1992.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sservico-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 03 jan. 2018.

MENDES, E. V. Os fundamentos para a construção e os elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde no SUS. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: oficina 1 – Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p. 50-56.

MICHAELIS. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. **Equidade**. 2017. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=equidade>>. Acesso em: 29 out. 2017.

MIRANDA, M. G. Igualdade, equidade e diferença: termos em confronto nas políticas educacionais. In: ENCUENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN, 1., 2014, Tandil. **Anais...** Tandil: Ness/UNCPBA, 2014.

MONTEIRO, M. G.; FLEURY, S. Democracia deliberativa nas gestões municipais de saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões. **Saúde em Debate**, v. 30, p. 73-74, 2006.

MOONEY, G. H. Equity in health care: confronting the confusion. **Effective health care**, v. 1, n. 4, p. 179-185, 1983.

MORAES, L. B.; KLIGERMAN, D. C.; COHEN, S. C. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do Cirurgião-Dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do estado do Rio de Janeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 171-186, 2015.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.

OHLSSON, D. Vårdpersonal: Patienter ligger i bajs – anställda har ångest och gråter. **Metro**, 18 ago. 2017. Disponível em:

<<https://www.metro.se/artikel/v%C3%A5rdpersonal-patienter-ligger-i-bajs-anst%C3%A4llda-har-%C3%A5ngest-och-gr%C3%A5ter>>. Acesso em: 14 out. 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Ranking da Organização Mundial de Saúde dos Sistemas de Saúde do Mundo. **The Patient Factor**, 2017. Disponível em:

<<http://thepatientfactor.com/canadian-health-care-information/world-health-organizations-ranking-of-the-worlds-health-systems/>>. Acesso em: 23 out. 2017.

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.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PAIM, J. S.; VIEIRA, L. M. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 91-111.

PENSE SUS. **Atendimento**. 2017a. Disponível em:

<<https://pensesus.fiocruz.br/atendimento>>. Acesso em: 03 jan. 2018.

PENSE SUS. **Equidade**. 2017b. Disponível em:

<<https://pensesus.fiocruz.br/equidade>>. Acesso em: 09 out. 2017.

PESARO, F. **A busca pela equidade social**. 2017. Disponível em:<

<http://www.comerciodojahu.com.br/post/1361268/a-busca-pela-equidade-social>>. Acesso em: 10 out. 2017.

DAGBLADET, S. **Alliansen vill ha rättvis sjukvård**. 2017. Disponível em:

<<https://www.svd.se/alliansen-vill-ha-rattvis-sjukvard>>. Acesso em: 05 out. 2017.

POVLSEN, L.; BORUP, I. K.; FOSSE, E. The concept of 'equity' in health-promotion articles by Nordic authors – A matter of some confusion and misconception.

Scandinavian Journal of Public Health, v. 39, n. 6, p. 50-56, mar. 2011.

PNUD/RDH. Relatório do desenvolvimento humano: direitos humanos e desenvolvimento humano. **PNUD/ONU**, 2000. Disponível em:

<www.pnud.org/en/reports/global/hdr2000/download/pt> . Acesso em: 11 ago. 2018.

RAWLS, John. A Theory of justice. **Cambridge, MA: Harvard UP**, 1971.

ROCHA, G. Você sabe o que é equidade?. **Blog da Saúde**, 24 ago. 2015. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/entenda-o-sus/50111-voce-sabe-o-que-e-equidade.html>>. Acesso em: 26 out. 2017.

ROEMER, M. **National health systems of the world**. Oxford: Oxford University Press, 1991. v. 1: The Countries.

SADDI, C. C. **Política e compromisso**: os novos sistemas de gestão em saúde na Europa – o caso da Itália. São Paulo: EAESP/FGV, 1999.

SALAR. Swedish Association of Local Authorities and Regions. **Quality and Efficiency in Swedish Health Care – Regional Comparisons 2012**. Stockholm: Salar, 2013. Disponível em: <https://skl.se/download/18.2625f9e6145ac763d07be227/1401096851812/Quality_and_efficiency_in_Swedish_health_care_SALAR.pdf>. Acesso em: 16 out. 2017.

SCHNEIDER, E. C. et al. Mirror, mirror: how the U.S. health care system compares internationally at a time of radical change. **The Commonwealth Fund**, 2017. Disponível em: <http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2017/jul/pdf_schneider_mirror_mirror_exhibits.pdf>. Acesso em: 25 out. 2017.

SEN, Amartya. Why health equity?. **Health economics**, v. 11, n. 8, p. 659-666, 2002.

SOUZA, L. Feminismo, uma questão de igualdade ou de equidade?. **Diários de uma feminista**, 10 dez. 2016. Disponível em: <<http://diariosdeumafeminista.blogspot.com.br/2016/12/feminismo-uma-questao-de-igualdade-ou.html>>. Acesso em: 12 out. 2017.

STARFIELD, B. Atenção primária e saúde. In: STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002. p. 19-98.

STATISTA. **Average age of the population in Sweden from 2006 to 2016**. 2017. Disponível em: <<https://www.statista.com/statistics/523905/sweden-average-age-of-the-population/>>. Acesso em: 28 out. 2017.

TAWNEY, Richard Henry. **The radical tradition: twelve essays on politics, education, and literature**. Pantheon Books, 1964.

TEIXEIRA, S. M. F. **Antecedentes da reforma sanitária**: textos de apoio. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1988.

UNIVERSIDADE DE GOTEMBURGO. **Equidade de saúde**. 2017. Disponível em: <<http://medicine.gu.se/english/phcm/Epidemiology+and+Social+Medicine/research/health-equity>>. Acesso em: 26 out. 2017.

VIANA, A. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

VILARINHO, P. F. **A formação do campo da saúde suplementar no Brasil**. 2003. 154f. Dissertação (Mestre em Administração Pública) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2003.

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

WHITEHEAD, M; DAHLGREN, G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. **World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health**, v. 2, 2006.

WHO. World Health Organization. **Current expenditure on health by general government and compulsory schemes**. 2017a. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.HS05?lang=en>>. Acesso em: 05 jan. 2018.

WHO. World Health Organization. **Health equity monitor**. 2017b. Disponível em: <http://www.who.int/gho/health_equity/en/>. Acesso em: 10 out. 2017.

WHO. World Health Organization. **Relatório Mundial da Saúde: financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em: 05 out. 2017.

WHO. World Health Organization. **World Health Statistics 2012**. 2012. Disponível em: <https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/>. Acesso em: 20 Nov. 2017.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) e/ou participar na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada *Sistemas Comparados de Saúde: O Conceito de Equidade no Brasil e na Suécia* desenvolvida pela mestrandia Bettina Sá D'Alessandro, a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário por meio do telefone (51) 993693771 ou e-mail dalessandrosabettina@gmail.com. Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é orientada pelo professor Dr. Ronaldo Bordin.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é analisar como o princípio da equidade é compreendido e aplicado de acordo com a percepção de usuários e profissionais da saúde suecos e brasileiros.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semiestruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização.

O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo(a) pesquisador(a) e/ou seu(s) orientador(es) / coordenador(es). Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse(a) estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Porto Alegre, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

APÊNDICE B - ROTEIRO BASE PARA ENTREVISTAS

- 1) Qual a sua experiência com o sistema de saúde brasileiro?
- 2) O que você diria ser a diferença entre igualdade e equidade?
- 3) O que é equidade no sistema de saúde para você?
- 4) Você acredita que a equidade em saúde é aplicada no SUS? Justifique.
- 5) Você tem algum exemplo da equidade em saúde no sistema de saúde brasileiro?
- 6) Você acredita que o princípio doutrinário “equidade em saúde” seja um eixo estruturante do sistema de saúde brasileiro?