



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

[cecilia@claves.fiocruz.br](mailto:cecilia@claves.fiocruz.br)

Associação Brasileira de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva  
Brasil

Cohn, Amélia

Eqüidade, saúde e critérios para alocação de recursos

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 10, núm. 2, abril - junho, 2005, pp. 287-297

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63010203>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## **Eqüidade, saúde e critérios para alocação de recursos** Equity, health and criteria for resources allocation

*Amélia Cohn*<sup>1</sup>

A questão da eqüidade das políticas sociais vem sendo objeto de múltiplos estudos e propostas de análise. No geral, eles versam sobre a racionalidade da lógica de alocação ou, no caso brasileiro, de repasse de recursos entre os entes federados e intranível local (descentralização vertical e horizontal). Mas se critérios existem, ao quê eles respondem: aos mais necessitados (mais pobres), a determinados grupos específicos etários ou portadores de determinadas morbididades, e como justificam tais critérios? Vale dizer, em nome de que padrão de justiça social as distintas racionalidades de distribuição de recursos utilizadas pelas políticas setoriais ou pelos níveis de governo são formuladas?

Nesse sentido, um estudo sobre uma experiência estadual (Rio Grande do Sul) de utilização de critérios na distribuição de seus recursos orçamentários pelos municípios vem ao encontro dessas indagações e municia os debates que vêm se realizando. No entanto, dados os objetivos que as autoras se propuseram nesse trabalho, talvez a questão, ou o título do mesmo, não devesse ser a “eqüidade na alocação de recursos para a saúde”, uma vez que as informações e as análises que o texto traz não tratam efetivamente da questão da eqüidade. Mas sim, da utilização de um critério (meritório, sem dúvida) para repasse de recursos para os municípios.

Senão, vejamos. As autoras, fundamentadas numa bibliografia de peso sobre o tema, ressaltam a eqüidade no financiamento da saúde, e valendo-se de Tobar (2003) destacam as dimensões da dotação de recursos, do acesso a serviços e dos resultados. No entanto, a seguir elas mesmas apontam que as dimensões da diversidade de gênero, de raça e etária, de injustiça social (renda e acesso a bens e serviços) e culturais e subjetivas também são importantes para se enfrentar as iniquidades na área da saúde.

Aqui seria interessante destacar dois pontos: o fato de os mecanismos utilizados como critérios de repasse de recursos entre os entes

federados serem capazes de responder apenas a uma parcela restrita dos fatores envolvidos na questão da eqüidade na sua distribuição; segundo, o forte peso que é dado, explícita ou implicitamente, à presença do Conselho Municipal de Saúde, que acaba assim assumindo um papel excessivo na garantia da justiça na alocação local desses recursos.

O que se busca aqui trazer para o diálogo, no fundo, é que uma dimensão da distribuição dos recursos orçamentários por meio de repasses de cada nível de governo diz respeito a algo muito maior que as especificidades da eqüidade e são atinentes à questão do pacto federativo brasileiro. Por exemplo, dizem respeito ao fato de municípios com menores IDH-M serem priorizados pela esfera estadual. Este fato representaria uma tendência para se mudar um padrão histórico na área da saúde que sempre favoreceu municípios com mais recursos. No entanto, necessariamente isso não aponta, por si só, a um maior grau de eqüidade na alocação dos mesmos. Em resumo, uma coisa é distribuição de recursos entre entes federados e outra, maior eqüidade na alocação desses recursos, que no caso se dá, como referido pelas autoras, com plena autonomia do município, uma vez previamente aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde.

Assim, o estudo mostra que efetivamente a política da Municipalização Solidária da Saúde (MSS) apresenta um traço fortemente redistributivo. No entanto, essa inflexão não pode ser confundida com maior grau de eqüidade na alocação desses recursos. Ela configura uma proposta que, ao utilizar critérios para definição do volume de recursos a serem passados para os municípios segundo determinados indicadores, cria pré-condições para que, no nível local, desde que associadas a outros mecanismos e programas dos níveis estadual e federal, se concentrem bases concretas para a promoção de maior eqüidade dos sistemas locais de saúde. Sobre tudo porque, como mostra o próprio texto, os critérios adotados pelo MSS substituem o cálculo por série histórica por outro que combina indicadores populacionais, de saúde, de capacidade instalada e de composição orçamentária do município. Ao fazê-lo, abrem a possibilidade de se “olhar para frente”, ao invés de se reforçar o passado, como vinha prevalecendo nos mecanismos anteriormente utilizados para o cálculo do volume de recursos a serem repassados. O risco que se corre, no entanto, é que em termos de eqüidade, isso

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP e CEDEC.

possa representar tão somente uma “fuga para frente”.

Certamente foi a busca da garantia de que efetivamente esses recursos repassados fossem, agora sim, alocados de forma mais eqüitativa, que a proposta do MSS vincula a autonomia do governo local à aprovação dos respectivos conselhos municipais de saúde. Noutros termos, criou-se a condicionalidade para o poder local efetivar o exercício do controle público na definição das prioridades na alocação desses recursos. Aí o que deve ser indagado, já que a literatura sobre a questão do “controle social”, tal como nomeado na área da saúde, é rica em análises que apontam para os limites próprios desse tipo de representação de grupos de interesses junto dos governos locais, é se efetivamente o crivo desses conselhos estaria atuando no sentido da missão a eles atribuída: uma “missão redistributivista” no sentido de conquista de maior eqüidade no setor. Noutros termos, resta saber se os conselhos efetivamente estariam atuando como um espaço de negociação entre diferentes grupos de interesses e, nesse sentido, representando interesses particulares – já que devem ser reconhecidas as “necessidades diferentes entre distintos grupos sociais” –, tendo como fruto dessa negociação exatamente o que se poderia denominar de definição de prioridades das políticas locais de saúde que respondam ao interesse comum daquela comunidade de municípios.

Essas considerações remetem a dois tipos de observações finais: um primeiro conjunto diz respeito à própria proposta do MSS e à análise de caráter econômico dos dados aqui apresentados; e um segundo conjunto, à impossibilidade de, a partir desses dados, qualificar essa experiência de *per se* como efetivamente significando maior grau de eqüidade na alocação dos recursos para a saúde. Quanto ao primeiro conjunto, não resta dúvida de que a utilização de critérios mais elaborados e complexos para a definição do montante de recursos a serem repassados para os governos municipais efetivamente possibilita uma redistribuição desses recursos orçamentários de forma mais eficaz no que diz respeito a contemplar as desigualdades entre os entes federados. Isso, no entanto, não pode ser confundido como automaticamente levando a um maior grau de eqüidade na alocação desses recursos, já que o que vai possibilitar esse resultado é exatamente o que acontece lá “na ponta”, vale dizer, como efetivamente esses recursos serão alocados pelos go-

vernamentais municipais. Por outro lado, embora o IDH-M seja um instrumento valioso como parâmetro global comparativo, ele efetivamente não traduz os graus de desigualdade social de cada município. Em outros termos, municípios com IDH-M menores podem estar traduzindo não maior índice de pobreza ou mesmo de número de pobres, mas simplesmente o fato de os não pobres daqueles municípios serem menos ricos do que os dos demais municípios, por exemplo.

O segundo conjunto de observações diz respeito à necessidade de se verificar a dimensão da eqüidade na redistribuição e alocação efetiva de recursos no nível local. Isso precisa ser analisado como um complexo processo político, social e econômico, em um razoável intervalo de tempo, privilegiando-se a questão da gestão dos sistemas de saúde. Neste caso, se redistribuir recursos orçamentários estaduais através de critérios de definição do montante dos repasses configura-se como um passo fundamental, ele o é tanto quanto os demais. Vale dizer, que é preciso acompanhar e avaliar as formas de monitoramento e de verificação de como efetivamente esses recursos são alocados nos sistemas locais de saúde: reproduzindo as distorções lá existentes, corrigindo-as, e contemplando mais de perto determinados grupos de interesses em detrimento de outros ou do interesse comum, dentre outros.

Com isso, não se invalida, em absoluto, a análise elaborada pelas autoras, e muito menos a experiência do MSS, importante e merecidamente premiada como inovadora, porém chama-se a atenção para a necessidade de não se extrapolar na análise os limites inerentes aos próprios elementos e dados que servem para seu fundamento. O MSS apresenta um potencial redistributivo efetivo na distribuição dos recursos entre os entes federados, sobretudo em se tratando de recursos orçamentários. No entanto, ser redistributivo não significa imediatamente ser mais eqüitativo, pois neste ponto a eqüidade exige, para sua verificação, toda a complexidade de que se reveste, como mostra o próprio trabalho de Sen citado pelas autoras.

**A utilização da noção de equidade na alocação de recursos em tempos do pensamento (neo)liberal: anotações para o debate**  
 The equity utilisation for money in (neo)liberal era: notes for discussion

Paulo Eduardo Elias <sup>2</sup>

Artigo de interesse por tratar de um tema bastante presente no debate internacional, derivado especialmente dos países do capitalismo central e estimulado pelas agências multilaterais. Ademais, trata de uma discussão sobre situação concreta na qual, à época, o gestor estadual da saúde apresentava-se em disputa política com o gestor federal no debate sobre a condução do SUS, em que se sobressaía justamente os aspectos relacionados ao financiamento da saúde no País, e os critérios para a distribuição do recurso financeiro, matéria esta recorrente pela corrente municipalista da Reforma Sanitária Brasileira.

As autoras têm razão ao apontar a relevância da discussão sobre o tema a partir da excelente e aplicada revisão da literatura internacional, ainda que desprovida de qualquer assinalamento sobre o significado político do debate e das ações implementadas em diversos países. No entanto, contrariamente à situação tratada no artigo, na maioria dos países apontados, o debate se apresenta de modo substantivo por envolver aportes financeiros minimamente adequados aos fins pretendidos, sobressaindo a preocupação com os resultados e não meramente com o processo em si.

O financiamento da saúde requer patamares mínimos de recursos para se conciliar com o objetivo da eficácia social dos serviços prestados. E como apresentado fartamente pela literatura nacional e no mundo da política, o quadro do financiamento, ainda que tenha avançado na última década, configura-se por vários ângulos bastante desfavorável ao SUS. No tocante ao equilíbrio do volume de recursos, a participação de Estados e municípios mostra-se deficitária mesmo considerando-se o grande esforço orçamentário de muitos representantes destes entes federados, uma vez que a União responde por cerca de 60% do financiamento destinado ao SUS. Mesmo com a adoção plena da Ementa Constitucional 29, fato que hoje não ocorre em boa parte dos Estados e em menor escala nos municípios, o mon-

tante total de recursos alocados na saúde se mostra insuficiente diante das necessidades derivadas do projeto contemplado pela Constituição, isto é, a construção de um sistema de saúde universal e igualitário num país de grande extensão territorial e porte populacional. Esta tarefa, que por si exige grande competência, trabalho contínuo e persistente, se transforma em enorme desafio ao se considerar o grau de desigualdade social a que a população está submetida e a inserção econômica do País na periferia do capitalismo.

Deste modo, a situação trazida pelo artigo chama a atenção ao não precisar os valores efetivamente transferidos aos municípios, situando-os entre R\$186,34 e R\$1,60. Não obstante, tomando-se o que seria o valor médio a ser transferido para o conjunto dos municípios se a distribuição fosse igualitária, denota a inexpressividade do valor envolvido na transferência, isto é, apenas R\$6,44 *per capita*/ano ou R\$0,54/ mês, muito longe de contribuir para o encaminhamento ou produzir algum impacto duradouro na assistência à saúde da população, mesmo na atenção básica para o conjunto dos gaúchos, como se espera da preocupação da esfera estadual de gestão. Muitos dirão que este valor mesmo extremamente insuficiente é melhor que nada e, à primeira vista, relativamente ao não repasse, não há como discordar dessa asserção. Mas o aspecto central está longe de se configurar como este, ainda que com muita frequência ele seja argüido como nuclear no discurso de um determinado pensamento dominante na saúde que concebe os meios desvinculados dos fins. Quanto a este aspecto, vale notar que os meios se qualificam por referência às finalidades e não por si mesmos. E justamente quanto aos fins o artigo e o processo nele tratado são silentes, a meu juízo, em parte pela diminuta expressão do repasse realizado, mas não só. Vejamos este aspecto mais detalhadamente a partir das indagações suscitadas por este trabalho.

A questão de fundo no debate apresentado se refere ao surrado, mas ainda não superado, tema da descentralização, este também colocado em pauta no debate internacional em meados da década de 1970, com o mesmo apoio de agências multilaterais e de governos de países

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

industrializados como a Inglaterra, concomitante à ascensão do predomínio do pensamento liberal na formulação das políticas econômicas. Mais recentemente, a ele se agregou o tema da equidade que, tomado em certa vertente com propósito de “domesticar” a força do conceito originário, vem ganhando espaço e fôlego a partir dos anos 90, impulsionado pelas mesmas forças e instituições que vem pautando o debate no campo da saúde em escala global. Portanto, do ponto de vista teórico conceitual, trata-se da relação ou articulação entre descentralização e equidade que merece ser analisada.

A qualificação da descentralização está vinculada à concretude da sua realização. Nesse sentido, tanto a descentralização como a centralização só ganham substância analítica a partir das condições objetivas em que se implementam. Em consequência, os elementos mais relevantes para a análise deixam de ser os princípios e as diretrizes da descentralização, mas sim as condições sociopolíticas dadas para a sua implementação (Bobbio, 1993). Assim, a descentralização não adquire concretude simplesmente a partir do enunciado de seu ideário, mas somente vem a obtê-la a partir da interação com as condições políticas e sociais em que se realiza, estas, em última instância, as determinantes da sua configuração. Em outros termos, a descentralização nada molda, antes se amolda à realidade histórica determinante da sua implementação.

O tipo de descentralização fundada exclusivamente na égide da razão financeira tende a focalizar e pulverizar os problemas sociais a serem enfrentados e, deste modo, termina por subordinar a dimensão política à lógica operativa do argumento financeiro num movimento de imposição da hegemonia da dimensão técnica sobre as demais, com o agravante de que dada a própria natureza da racionalidade técnica ela opera através da fragmentação e atomização dos problemas. Ademais disto, a racionalidade técnica enfatiza sobremaneira os resultados a serem alcançados segundo parâmetros de eficácia exclusivamente técnicos, o que nem sempre coincide com a de natureza social, esta última balizada por outros padrões, dentre eles a capacidade de responder adequadamente às expectativas de atendimento geradas na sociedade.

Por outro lado, a descentralização coloca uma maior exigência sobre o poder local em relação ao financiamento dos serviços de saúde e aos modelos de atenção à saúde, requerendo

um grau mínimo de competência técnica e política da esfera local como um requisito para que ocorra uma descentralização efetiva. Acontece que nem sempre as autoridades locais têm maior clareza sobre essas questões, e com frequência o nível local pode estar sob o controle de oligarquias políticas. Assim, há que se indagar sobre a capacitação técnica da esfera local para exercer as atribuições que lhe são conferidas, ao se pretender uma descentralização que preserve um mínimo de eficácia social, isto é, que responda de modo socialmente competente às demandas da população.

Em relação à equidade, uma rápida revisão na literatura sobre o termo revela a particularidade como ele vem sendo tomado na área da saúde, muitas vezes recebendo um tratamento econométrico ao se tentar qualificá-lo. No entanto, este termo tomado como conceito não se presta a essas medições. Ao se consultar a produção da área de ciências humanas fica mais notável o contraste entre os dois tipos de abordagem. Há também a se considerar que o conceito de equidade não é bem estabelecido e, portanto, torna-se de difícil operacionalização. Vale destacar que conceitos são recursos de difícil operacionalização, pois como tais constituem elementos do mundo das idéias e não do das coisas e, no caso do conceito de equidade, há dificuldades adicionais ao se intentar sua operosidade.

Na tradição filosófica, o conceito clássico, tal qual esclarecido por Aristóteles e reconhecido pelos juristas romanos, o sentido indica o apelo à justiça quando voltado à correção da lei em que se exprime a justiça. Diz Aristóteles que a própria natureza da equidade é a retificação da Lei onde esta se revela insuficiente pelo seu caráter universal. A lei tem necessariamente caráter geral, por isso revela-se às vezes de aplicação imperfeita ou difícil em casos particulares.

Nestes casos, isto é, nos particulares, a equidade intervém para julgar, não na base da lei, mas na base da justiça que a mesma lei deve realizar. Portanto, segundo Aristóteles, o justo e o equitativo são a mesma coisa, podendo se inferir que o equitativo é superior, não ao justo em si, mas ao justo formulado em uma lei que em virtude da sua universalidade está sujeita ao erro.

Na tradição filosófica moderna, fundamentando-se em conceito análogo ao aristotélico, Kant considerava, todavia, que a equidade não se presta a uma autêntica reivindicação jurídica e que, portanto, cabe não aos tribunais, mas

ao tribunal da consciência. Nota-se, a gênese da equidade como questão jurídica e posteriormente conceituada como uma questão moral.

Numa e em outra situação, os desdobramentos e as repercussões para a área da saúde são de grande monta. Deste modo, são perfeitamente inteligíveis as deficiências em relação aos marcos conceituais da equidade referida à área da saúde. Não se pretende justificar pelas deficiências teórico-conceituais o impedimento a que seja adotada como noção orientadora, como norte a ser seguido nas políticas de saúde e na prática dos serviços.

De certo modo, a noção de equidade se associa de modo diverso à igualdade e, sobretudo, à justiça, no sentido de propiciar a correção daquilo em que a igualdade agride e, portanto, naquilo que a justiça deve realizar. Tomada neste sentido, a equidade requer a igualdade para produzir efeitos, pois se constitui justamente em corretora da situação igualdade, na medida em que a adoção deste recurso se revele imperfeita diante dos objetivos da promoção de justiça. Vale destacar que a descentralização exige, como fundamento, a igualdade entre os entes destinatários da ação descentralizadora.

Por esta linha de pensamento, conclui-se pelo questionamento do uso da noção de equidade no presente artigo, por duas ordens de razões mais imediatas, dentre outras. A primeira diz respeito ao requisito da justiça, isto é, a que situação de igualdade se aplica a equidade para se obter a justiça. O argumento do porte populacional do município é completamente insuficiente para produzir este efeito e, na linha da melhor tradição dos sistemas universais como se pretende o SUS, caberia recuperar o argumento do acesso igualitário aos serviços e ações de saúde o que está muito além de ser equacionado apenas pela alocação diferenciada de recursos e, muito menos, pelo diferencial *per capita* a ser transferido aos municípios. A segunda razão, conexa a esta, apela para a inadequação da redução da noção de equidade a expressões de base matemática para a alocação de recursos financeiros, por mais engenhosas que elas possam se constituir. Claro está que não se obsta a expressão em si, mas a sua qualificação como expressão de equidade; e não apenas por justificativas conceituais, mas sobretudo pelas de ordem política no sentido da banalização da noção da equidade e de seu (re)ordenamento no sentido da perda de intensidade da noção original e sua adequação aos marcos do debate pautado pelo interesse ideológico expresso pe-

lo pensamento (neo)liberal dominante desde o final do século 20 e corrente em certos setores do pensamento da saúde.

A mesma linha de arguição se aplica ao famigerado artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde. Sobre essa Lei cabe advertir as reações de alguns autores no sentido de identificarem vários de seus dispositivos como constituindo obstáculos para a implementação de um real processo de descentralização na saúde. Segundo Viana (1991), *sob inspiração do projeto encaminhado pelo Poder Executivo, o Congresso legitimou um extenso conjunto de regras, de cunho centralizador em inúmeros pontos, e que violam a autonomia estadual e municipal, e complementa: vários dispositivos da Lei 8.080/90 (e da Lei 8.142/90) restringem o princípio constitucional de descentralização.*

No que toca ao artigo 35, a dificuldade em regulamentá-lo se deve às razões de ordem técnica, sobretudo em relação à inclusão de critérios epidemiológicos na condição de discernimento para o cálculo das transferências financeiras. Ocorre que os indicadores epidemiológicos não se prestam para fins de discriminação em situações que exigem decisões políticas prévias, como a que trata o artigo em tela, dado que estes indicadores servem apenas para a caracterização da situação de saúde das populações sem, contudo expressar qualquer juízo de valor sobre a mesma para fins de repartição dos recursos financeiros. Em outras palavras, dadas as suas próprias características, os critérios epidemiológicos (Mendes Gonçalves, 1994) se adéquam estritamente para apontar as necessidades de atenção à saúde segundo parâmetros da morbi-mortalidade populacionais, ou no jargão do Planejamento em Saúde a definição da situação de saúde da população, e não como critério de escolha entre duas ou mais situações para o estabelecimento de prioridades na alocação de recursos. Estas dependem, sobretudo de diretrizes prévias que devem ser estabelecidas por um processo de negociação política que implique a representação dos interesses das distintas esferas de governo.

Por fim, é estimulante perceber o compromisso político e social com a construção de um sistema de saúde fundado no primado da justiça e preocupado com a desigualdade social, ainda que os percalços neste caminhar sejam inúmeros, a apontar os desafios teórico-conceituais e para as práticas colocados para os centros produtores de conhecimentos e os gestores da saúde. A construção de um sistema de

saúde como o SUS na periferia do capitalismo e em países com a dimensão e grau de desigualdade como vigente no Brasil, não se constitui em linha reta, mas supõe idas e vindas com inúmeras tentativas como a apresentada neste artigo. No entanto, a consecução final deste escopo exige de um lado uma postura crítica comprometida com os interesses dos socialmente excluídos e a de outro a formulação e implementação de políticas de Estado para cristalizar e ampliar os caminhos para a efetivação da eficácia social do sistema de saúde.

### Referências bibliográficas

- Mendes Gonçalves RB 1994. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Abbagnano N 1970. *Dicionário de Filosofia*. Editora Mestre Jou, São Paulo.
- Berlinguer G 2004. *Bioética cotidiana*. Editora Universidade de Brasília.
- Bobbio N 1993. *Dicionário de Política*. (5ª ed.). Editora Universidade de Brasília.
- Borja J 1987. Descentralización del Estado y democracia local, pp. 21-36. In J Borja J. *Manual de Gestión Municipal Democrática*. Instituto de Estudios de Administración Local, Madrid.
- Tobar F 1991. O conceito de descentralização: usos e abusos. *Plan. Pol. Pub.* 5:31-51.
- Vianna SM, Piola SF, Guerra AJ & Camargo SF 1991. O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios. Ipea, Brasília. (Documento de Política/n. 3).

### Distribuição de recursos financeiros e equidade: uma relação delicada na saúde

Financial resources distribution and equity: a delicate relationship in health

Patrícia Ribeiro <sup>3</sup>

Os estudos internacionais e nacionais sobre equidade em saúde, que vêm se acumulando desde a década de 1970, e os resultados de várias iniciativas nacionais de alocação de recursos governamentais, setoriais e extra-setoriais, visando mais justiça no processo saúde/doen-

ça/saúde, em vários países do mundo, criaram as condições para que, na atualidade, se comece a avaliar a implementação de políticas públicas com este propósito. A complexidade das escolhas a fazer, das decisões a tomar, das bases científicas exigidas e das análises requeridas para uma avaliação de seu impacto na efetiva redução de desigualdades ocupa cada vez mais espaço no campo de preocupações de pesquisadores e governantes.

Sen (2001), respondendo à pergunta “why health equity?”, em nota apresentada à 3ª Conferência Internacional sobre The Economics of Health: Within and Beyond Health Care, ocorrida em York, Inglaterra, em 2001, identifica claramente esta complexidade ao abordar dificuldades para uma compreensão adequada das demandas por equidade em saúde: *The real work begins with the specification of what is to be equalized. The central step, then, is the specification of the space in which equality is to be sought, and the equitable accounting rules that may be following in arriving at aggregative concerns as well as distributive ones. The content of theories turns on the answers to questions as “equality of what?” and “equity in what form?”* (Sen, 2001).

Klein (2003), em reunião da Health Equity Network (HEN), organizada com o objetivo de iluminar as relações entre desigualdades em saúde, políticas públicas e implementação, ocorrida na London School of Hygiene and Tropical Medicine, em 2002, apresentou a seguinte conclusão sobre o evento em seu comentário “making policy in a fog”: *Only one clear conclusion can be drawn from the various papers discussed at the conference... This is that policy making about health inequalities takes place in a fog of disagreement about goals, controversy about causes and uncertainty compounded by ignorance about means. The challenge is how best to make sensible decisions in the absence of both consensus about what ought to be done and evidence about how best to set about achieving whatever policy aim we choose to set for ourselves* (Klein, 2003).

Mais recentemente, Graham & Kelly (2004), em artigo publicado pela *Health Development Agency*, do National Health Service (NHS), no qual examinam temas relacionados a desigualdades socioeconômicas em saúde, destacaram a necessidade de as políticas públicas atuarem não apenas na melhoria da saúde dos mais pobres, mas no estreitamento dos *gaps* entre os grupos e segmentos sociais e na elevação do ní-

<sup>3</sup> Departamento de Ciências Sociais, ENSP/Fiocruz.

vel de saúde de todos ao padrão alcançado pelos grupos mais favorecidos, em observância ao princípio adotado pela Organização Mundial de Saúde de que o gozo do mais alto padrão alcançável em saúde é um direito humano fundamental.

No Brasil, as iniciativas governamentais de promoção da equidade em saúde por meio de políticas públicas, além de transitarem obrigatoriamente nesse campo de questões filosóficas, econômicas, sociais e científicas, têm de lidar com uma outra questão determinante de sua eficácia e êxito: a questão federativa.

Em um país federativo como o nosso, em que a gestão pública setorial, em processo de descentralização, a) se faz no âmbito de um sistema nacional, regido pelos princípios de acesso universal e igualitário às ações e serviços e de integralidade da atenção; b) deve observar a diretriz constitucional de se estabelecer uma direção única em cada esfera de governo; e c) tem de assegurar o direito à saúde como direito fundamental do ser humano no território nacional; a promoção da equidade pelos governos federal, estaduais e municipais exige medidas de competência exclusiva de cada nível de governo, tanto quanto a ação combinada (e o financiamento compartilhado) de todos os entes da federação.

Assim, a análise de experiências concretas de distribuição intergovernamental de recursos financeiros para a promoção de equidade no Brasil é uma árdua tarefa, de extrema complexidade, porém indispensável para a compreensão das várias dimensões a considerar quando se busca reduzir desigualdades no processo saúde/doença/saúde, seja de indivíduos, seja de coletividades.

Gostaria, portanto, de iniciar o meu diálogo com as autoras, parabenizando-as pela coragem de explorar tema de tamanha relevância e dificuldade no cenário nacional e internacional, e pela escolha da experiência analisada, por si só extremamente rica e consistente em seus propósitos e na forma em que foi construída – politicamente orientada, tecnicamente embasada e com participação da sociedade.

E mais, vale ressaltar, uma experiência de governo que contraria dois “mitos” na história recente da descentralização da saúde no País: a) o de que os Estados têm pouca margem de manobra para implementar, com seus recursos próprios, políticas específicas sintonizadas com suas prioridades locais, seja pela escassez de recursos, seja por entraves jurídicos, burocráticos

e/ou administrativos; e b) o de que as dificuldades de operacionalização dos critérios estabelecidos no artigo 35 da lei 8.080/90 para as transferências financeiras intergovernamentais necessárias ao financiamento do SUS justifica a distribuição *per capita* como critério de equidade. O artigo é, neste sentido, um convite para que conheçamos com mais detalhe a experiência do Estado do Rio Grande do Sul.

As autoras se propõem a duas tarefas: 1) analisar, de uma perspectiva econômica, a capacidade redistributiva dos critérios adotados pela política de Municipalização Solidária da Saúde (MSS) do Rio Grande do Sul e seu potencial equitativo na dotação dos recursos financeiros; e 2) desafiar novos estudos que possam subsidiar o planejamento do sistema de saúde em contextos de mudança do perfil demográfico e de predominância de municípios de pequeno porte.

Inúmeras são as questões suscitadas pelo texto, mas me concentrarei em duas. No que se refere à primeira tarefa, deixo para os economistas o debate sobre a perspectiva metodológica adotada pelas autoras, mas parece-me inequívoco que a política de MSS, como concluem, promoveu uma distribuição de recursos que favoreceu os municípios de pequeno porte e os municípios com piores condições de vida, como era esperado. No entanto, quanto ao potencial equitativo desta política, creio que seja necessário o esclarecimento pelas autoras do conceito de equidade adotado em sua avaliação.

O conceito de equidade, que vem de Aristóteles, é de difícil apropriação devido ao seu conteúdo fortemente subjetivo, uma vez que associa igualdade e justiça. Assim o define a filosofia: *Mais do que um princípio ou uma regra, a equidade é antes de mais nada um espírito como explica Aristóteles na análise que consagra esta noção (Ética a Nicômano): o equitativo, se possui o mesmo conteúdo que o justo é, no entanto, “mais perfeito” que o justo legal, pois representa “um melhoramento do que é justo segundo a lei”. Esta, com efeito, contém inevitavelmente omissões ou lacunas, devido ao seu caráter geral. A equidade, revendo e ponderando as disposições legais, transforma, pois, a lei num “fio de prumo” (...) que “não fica rígido, podendo tomar as formas da pedra”. Se a equidade é, portanto, o espírito da justiça, sempre que se possa opor à própria legalidade, a questão da sua definição fica estreitamente ligada à da justiça, enquanto princípio não escrito, anterior e superior às leis (Clément et al., 1997).*



Quando se pretende estabelecer a equidade como regra ou, no caso, como princípio na implementação de políticas públicas, é preciso, portanto, esclarecer que igualdade está se buscando, e por que tal igualdade representa uma situação mais justa (Sen, 2001). Tal clareza, a meu ver, é imprescindível para os pactos necessários entre os três níveis de governo, e com a sociedade, para a garantia deste princípio na ação do Sistema Único de Saúde com base em mudanças qualitativas e sustentáveis.

De acordo com a leitura do artigo, a seleção dos critérios estabelecidos para a distribuição dos recursos concernentes à política de cooperação técnica e financeira instituída com a MSS considerou o objetivo de promover a equidade. A análise realizada pelas autoras consistiu na comparação entre os resultados obtidos com a aplicação desses critérios e aqueles que obter-se-ia com a distribuição *per capita*, seguida da análise de Curvas de Lorenz para as variáveis recursos previstos/população acumulada e recursos previstos/IDH-Municipal. Demonstrou-se que a aplicação dos critérios representou uma redistribuição importante em favor dos municípios de pequeno porte, indicando seu potencial de desconcentração de recursos, e em favor de municípios com menor IDH, com discriminação positiva para aqueles onde seriam piores as condições de vida – o que levou as autoras a concluir que a política de distribuição de recursos implementada foi “equitativa para as variáveis utilizadas no estudo”.

As questões que apresento para esclarecimento e reflexão são as seguintes: a desconcentração de recursos financeiros promovida e a discriminação positiva alcançada conduzem a uma maior igualdade de quê? De que forma contribuem para uma igualdade mais justa no campo da saúde? Asseguraram a maior qualidade do gasto em saúde, no sentido de melhorar a capacidade de resposta dos municípios aos problemas da população local? Têm potencial para elevar o padrão de saúde da população residente nos municípios com piores condições de vida?

Quanto ao objetivo das autoras de desafiar novos estudos que abordem efeitos intangíveis pela metodologia adotada ou que possam subsidiar o planejamento do sistema de saúde em contextos de mudança, aproveito a oportunidade para ensaiar, modestamente, uma questão que me parece fundamental para uma aproximação às necessidades de saúde com o objetivo

de promover equidade em escala intra e inter-municipal.

Em trabalho anterior, chamei a atenção para as dificuldades de se operacionalizar o conceito de necessidade de saúde como critério para uma alocação equitativa de recursos financeiros, dada a intrincada trama de interações econômicas, sociais, culturais, tecnológicas e psicológicas que atuam na formação de expectativas de saúde, individuais e coletivas, e na capacidade política, econômica e institucional de responder a estas necessidades, seja na esfera pública ou na esfera privada (Lucchese, 2003). Nesta oportunidade, gostaria de reforçar o lugar da epidemiologia como recurso técnico-científico para um planejamento setorial orientado à redução de desigualdades.

A proeminência adquirida pelo conceito de necessidade de saúde nos estudos sobre alocação de recursos financeiros deslocou do primeiro plano do planejamento setorial dois conceitos de grande utilidade quando se quer dimensionar problemas de saúde, definir prioridades de intervenção e reduzir desigualdades, quais sejam, “estado de saúde” e “demanda”. Tais conceitos, que constituem pilares fundamentais dos tradicionais estudos de epidemiologia de interesse para o planejamento sobre as condições de saúde de uma determinada população – os inquéritos de saúde, podem, a meu ver, ser mais facilmente operacionalizáveis no nível da gestão.

O estado de saúde tem um significado mais objetivo por representar uma situação instalada, que, especialmente quando negativa (doença, risco de morte), é bastante evidente e exige intervenção imediata. Além disso, conta com grande arsenal técnico-científico para sua medição e com um conjunto amplo de intervenções já conhecidas. Por outro lado, o conceito de demanda pressupõe a ação do indivíduo a partir de sua necessidade, quando se entende este conceito como *o ato de o indivíduo buscar (ou não buscar) atendimento, independente de ter feito uso do serviço*, conforme Campos (1993). Este movimento também pode ser dimensionado.

Estudos e investigações que gerem conhecimento sobre o estado de saúde da população das comunidades locais e sobre a demanda de atendimento, sobretudo no âmbito dos governos municipais, sem dúvida qualificam a formulação de políticas públicas equitativas e o planejamento em saúde. E os inquéritos de saúde têm a capacidade de revelar o que se passa

fora dos sistemas de saúde, se aproximando das necessidades: *De todas as funções dos inquéritos de saúde, a mais importante (...) é a de serem dirigidos para "aqueles que não tiveram contato com o sistema de saúde ou aqueles cujo contato foi irregular"* (White, 1985), *pois buscam detectar as "necessidades invisíveis"* (Nordberg, 1988), ou o *"iceberg da saúde da comunidade que não alcançou o doutor"* (Cartwright, 1983). A realização destes estudos justifica-se, portanto, pelo fato de os problemas de saúde identificados a partir dos dados disponíveis nos serviços de saúde serem apenas o numerador de uma fração cujo denominador está representado pela ocorrência de problemas na população como um todo (Campos, 1993).

O mesmo autor, diante da evidência de que tais estudos eram muito pouco adotados na prática de planejamento dos serviços de saúde até o início dos anos 90, quando escreveu o artigo, e ciente da necessidade de se buscar procedimentos metodologicamente mais simplificados, de custo e tempo reduzidos, quando a presteza na tomada de decisões e na resposta às necessidades da população é um imperativo governamental, sugere que a maior agilidade e a menor complexidade em sua realização podem ser uma saída para sua utilização no planejamento em saúde.

A avaliação permanente do estado de saúde da população e o acompanhamento rotineiro do perfil da demanda (atendida e não atendida) têm sido identificados recentemente, tanto em iniciativas governamentais nacionais (o Projeto VIGISUS, o Programa Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família, do Ministério da Saúde no Brasil) quanto em iniciativas internacionais (As Funções Essenciais da Saúde Pública, da OPAS/OMS), como condições essenciais para melhores práticas de saúde pública, associadas à promoção de equidade. Para tanto, o fortalecimento da capacidade institucional das esferas subnacionais (ou descentralizadas) de governo no desenvolvimento das ações relacionadas à vigilância em saúde é reconhecido como um importante requisito.

Sabe-se que o uso da epidemiologia no Brasil, seja na reorganização das práticas de saúde no âmbito da gestão setorial dos governos municipais, seja no cotidiano dos serviços de saúde, ainda que conte com experiências locais relevantes, não é uma realidade nacional. No entanto, a preocupação com a incorporação deste saber nas organizações de saúde em diferentes

níveis do sistema de serviços de saúde e, especialmente, a sua utilização nas práticas de saúde, tem motivado algumas políticas setoriais e vários estudos científicos (Paim, 2003).

Em artigo recente, Paim (2003), transitando nos campos da produção de políticas e da produção acadêmica, sistematiza estes esforços, apresenta alguns elementos da crise da epidemiologia (como disciplina científica e meio de trabalho), analisa alguns dos constrangimentos impostos ao desenvolvimento da racionalidade técnico-sanitária e à incorporação tecnológica do saber epidemiológico na gestão em saúde no país, realizando um excelente ensaio sobre os limites e possibilidades de recomposição das práticas epidemiológicas no planejamento do Sistema Único de Saúde – referência obrigatória para os interessados neste debate.

Assim, a partir desta rápida reflexão e considerando o alerta final das autoras de que é preciso considerar as evidências de mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população no curto prazo para que o planejamento em saúde possa estruturar *um sistema de saúde resolutivo, adequado às reais necessidades do seu entorno e capaz de produzir qualidade de vida*, com equidade, pergunto: não seria um bom caminho, para o desenvolvimento de novas metodologias e iniciativas governamentais, contextualizar, analisar criticamente, e revalorizar o uso da epidemiologia na gestão descentralizada do SUS, visando à recomposição de suas práticas de forma a capacitar o sistema a captar e compreender melhor: a) as especificidades locais dos processos de adoecimento; b) as desigualdades entre os municípios na garantia de respostas efetivas aos problemas de saúde da população; e c) as necessidades invisíveis que se expressam fora do sistema de saúde?

Talvez a aproximação às necessidades e o conhecimento das realidades locais assim adquiridos e a criação de condições para o seu acompanhamento permanente no ambiente participativo da gestão governamental tripartite do SUS nos permitissem avançar mais rápido nesta delicada tarefa de alocar recursos financeiros para reduzir desigualdades em saúde da forma mais justa.

## Referências bibliográficas

- Campos CEA 1993. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. *Cadernos de Saúde Pública* 9 (2):190-200.
- Clément E, Demonque C, Hansen-love L & Kahn P 1997. *Dicionário Prático de Filosofia*. Terramar, Lisboa.

- Graham H & Kelly MP 2004. *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. NHS. Health Development Agency. Briefing paper. Disponível em <www.hda.nhs.uk>.
- Klein R 2003. Commentary: Making policy in a fog. In A Oliver A & M Exworthy (eds.). *Health inequalities. Evidence, policy and implementation*. Proceedings from a meeting of The Health Equity Network. London. The Nuffield Trust. Disponível em <www.nuffieldtrust.org.uk>.
- Lucchese PTR 2003. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(2):439-448.
- Paim JS 2003. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(2):557-567.
- Sen A 2001. *Why health equity?* Third International Conference on "The Economics of Health: Within and Beyond Health Care," York, 23 July, 2001. Disponível em <www.altavista.com>

### As autoras respondem

#### The authors reply

Inicialmente, gostaríamos de agradecer aos editores da revista pela oportunidade de trazer ao debate um tema que tem ocupado a pauta das discussões de saúde não só no meio acadêmico, mas também na grande imprensa – a discussão sobre a melhor utilização dos escassos recursos disponíveis na sociedade, ou ainda a busca da equidade na utilização desses recursos. Gostaríamos também de agradecer aos debatedores, cuja experiência e profundo conhecimento sobre o tema possibilitaram, a partir de sua contribuição, a reflexão sobre os conceitos e posicionamentos apresentados e a ampliação do debate em função dessas novas perspectivas sobre o assunto.

Optamos, então, por centrar nossos comentários sobre a discussão da capacidade das políticas públicas de financiamento da saúde em promover a equidade, discutindo a habilidade metodológica da construção de políticas de financiamento da saúde que utilizem critérios técnicos que busquem aumentar a equidade na distribuição de recursos entre os entes federados.

No entanto, antes de entrarmos nesta discussão sentimos a necessidade de colocar alguns limites da análise, especialmente em relação ao entendimento do conceito de equidade que estamos trabalhando aqui. Podemos afir-

mar, sem receio, que a maioria dos autores considera iniquidade apenas as desigualdades resultantes de fatores externos ao controle do indivíduo, ou seja, aquelas desigualdades socialmente determinadas. Não podemos dizer que as desigualdades resultantes das escolhas individuais são não equitativas. Também podemos afirmar que a busca da equidade através da distribuição de recursos deve ser feita pela discriminação positiva em favor dos desfavorecidos.

Mas, ficamos ainda com o problema em relação às diferentes possibilidades de mensuração da equidade nas políticas sociais, ou melhor, as dificuldades e as possibilidades de mensuração de equidade. É comum, para medir as desigualdades, encontrarmos nos estudos da área de saúde coletiva indicadores sobre os perfis demográficos, mas estes apenas mostram as diferenças determinadas pelas variações biológicas naturais. Temos também os perfis epidemiológicos, mas sabemos que as informações são pouco confiáveis, especialmente as de morbidade, e não podemos trabalhar com as informações de mortalidade, pois estas não representam as necessidades de assistência à saúde, uma vez que não expressam todas as doenças que o indivíduo pode ter ao longo da sua vida, e o uso repetido de taxas de mortalidade para a distribuição de recurso pode vir a premiar a falta de eficiência. Por fim, temos o perfil socioeconômico; neste caso, alguns dos indicadores parecem mostrar alguma relação com as condições de saúde. Por exemplo, existe relação entre o nível de educação e o estado de saúde, e o percentual de habitações ligadas na rede de saneamento básico é um dos melhores indicadores das condições de saúde. No entanto, o PIB *per capita* pode ser um indicador fraco em caso de alta concentração de renda.

O exercício de medir as desigualdades se deve à necessidade de intervir na realidade no sentido de propiciar melhores condições de desenvolvimento e promoção de uma sociedade mais justa. Vianna (2002) salienta que a aferição de desigualdades entre diferentes unidades de análise é de três tipos: a) medidas relativas baseadas na construção de razões de risco entre uma das categorias e a categoria de referência (Risco Relativo); b) medidas relativas e absolutas de diferença de risco entre cada uma das categorias e a categoria de referência (Risco Atribuível e Risco Atribuível Populacional); c) índices de concentração, distribuição ou similaridade, assemelhados ao coeficiente de Gini e à Curva de Lorenz. Neste estudo, utilizamos ín-

dices de concentração, especificamente, a Curva de Lorenz, que é a representação gráfica da distribuição socioeconômica de determinado atributo X.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) procura dar a dimensão do desenvolvimento humano para além da renda *per capita*. Foi criado para medir o nível de desenvolvimento humano dos países a partir de indicadores de educação, longevidade e renda. A partir da medida do IDH, desenvolve-se o acompanhamento do Desenvolvimento Humano; é calculado o IDM-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, e utilizam-se as mesmas dimensões: educação, longevidade e renda, mas com alguns indicadores diferentes, que permitem calcular as condições em núcleos menores.

Utilizamos essas medidas de desigualdades para a avaliação da eficácia da política da Municipalização Solidária da Saúde, pois se apresentam como valiosas na avaliação da capacidade redistributiva de políticas de financiamento e, mesmo com algumas dificuldades na qualidade das informações (sub-registros ou inexistência de dados), podem orientar a tomada de decisão dos gestores na procura da equidade em saúde.

Os resultados demonstraram que foi obtida uma desigualdade na distribuição de recursos, e essa desigualdade atendeu aos critérios propostos pela política do MSS que foi de privilegiar os municípios de menor porte. A hipótese que justifica esta escolha para a política é de que são os pequenos municípios os que mais precisam de recursos para atender às necessidades de saúde de sua população. E, de acordo com esta hipótese, a metodologia de distribuição proposta pela política de Municipalização Solidária da Saúde foi bem sucedida em garantir a equidade.

Gostaríamos também de salientar a possibilidade estabelecida a partir desta experiência de efetivar a participação das esferas subnacionais no financiamento do Sistema Único de Saúde, visto que na composição de fundos de financiamento tem demonstrado-se como o elo mais frágil, em volume de recursos aplicados, na composição tripartite do financiamento do sistema. Reafirmamos nosso desejo que a experiência aqui analisada venha ampliar as possibilidades de planejamento e operacionalização do sistema de saúde com respostas efetivas à população.