

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).

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-

---

### 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-

<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 Nicómano): 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 intermunicipal.

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 inquiridos 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 inquiridos 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 in-

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.