

- 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.