

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

*Amélia Cohn*<sup>1</sup>

A questão da equidade 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 morbidades, 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 munícia 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 “equidade 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 equidade. 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 equidade 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 equidade 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 equidade 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 equidade na alocação dos mesmos. Em resumo, uma coisa é distribuição de recursos entre entes federados e outra, maior equidade 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 equidade 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 equidade dos sistemas locais de saúde. Sobretudo 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 equidade, 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 equitativa, 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 equidade 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 sí* como efetivamente significando maior grau de equidade 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 equidade 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-

vernos 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 equidade 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 equitativo, pois neste ponto a equidade exige, para sua verificação, toda a complexidade de que se reveste, como mostra o próprio trabalho de Sen citado pelas autoras.