

## Justiça Social, Eqüidade e Necessidade em Saúde

Silvia Marta Porto \*

### V.1 - Introdução

**A**tualmente, entre os princípios norteadores dos sistemas de saúde, pode-se dizer que a universalidade e a eqüidade são os que têm alcançado maior nível de consenso, ainda que em muitos casos sua validade se encontre restringida exclusivamente à definição formal de um direito, e na realidade não seja assegurado seu efetivo exercício.

Também pode-se afirmar que o seu alcance está determinado pelos conceitos de justiça social adotados pelas sociedades e que sua implementação depende, como condição necessária ainda que não suficiente, da distribuição de recursos financeiros.

Assim, neste capítulo serão abordados três aspectos relacionados com a temática da eqüidade. O primeiro, centrado nas diferentes teorias de justiça social elaboradas pela corrente de pensamento liberal, procurando identificar em cada caso o conceito de eqüidade que sustenta cada uma. O segundo, que se limita a sintetizar os distintos conceitos de eqüidade trabalhados pelos autores preocupados com esta temática. E o terceiro, relacionado com os indicadores e variáveis utilizados para o repasse de recursos financeiros, que objetivem um patamar distributivo mais eqüitativo.

---

\* Da Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz/ENSP).

## V.2 - Justiça Social no Pensamento Liberal

Com graus diferentes de desenvolvimento podem ser identificadas, no pensamento liberal, três abordagens distintas em relação à temática da justiça social. Uma, explicitada por Rousseau no seu famoso Discurso sobre a Origem das Desigualdades entre os Homens; outra, adotada pela corrente denominada utilitarismo, preconizada por autores como Hume, Locke, Sidgwick e, posteriormente, Smith; e, finalmente, a reflexão efetuada por Rawls em sua Teoria da Justiça.

Para Rousseau (1986, p. 143), existem “...duas espécies de desigualdades: uma, que chamo natural ou física, porque foi estabelecida pela natureza, e que consiste na diferença das idades, da saúde, das forças corporais e das qualidades do espírito ou da alma; outra, a que se pode chamar de desigualdade moral ou política, pois que depende de uma espécie de convenção e foi estabelecida, ou ao menos autorizada pelo consentimento dos homens. Consiste esta nos diferentes privilégios desfrutados por alguns em prejuízo dos demais, como o de serem mais ricos, mais respeitados, mais poderosos, ou mesmo mais obedecidos”.

Cabe esclarecer que a referência efetuada pelo autor em relação à saúde se limita às por ele denominadas doenças naturais, já que, no contexto do trabalho, diferencia as doenças naturais comuns a todos os animais (por exemplo, as decorrentes do processo de envelhecimento) das doenças desenvolvidas pelos homens que vivem em sociedade, compartilhando com Platão que se pode escrever a história das doenças humanas tomando como base a história das sociedades civis.

O pensador francês manifesta clara admiração pelo estado de natureza e considera que o aprofundamento das desigualdades é promovido pelas desigualdades sociais, que denomina de desigualdades de instituição. Estabelece uma relação causal entre propriedade e desigualdade dizendo que “... desde o instante em que um homem teve precisão da ajuda de outrem, desde que percebeu ser conveniente para um só ter provisões para dois, a igualdade desapareceu, introduziu-se a propriedade, o trabalho tornou-se necessário e as vastas florestas se mudaram em campos risonhos que passaram a ser regados com o suor dos homens, e nos quais logo se viu a escravidão e se viu a miséria germinar e crescer com as colheitas” (1986, p. 183).

Para este autor, é apenas o trabalho que pode dar direito à propriedade, começando pelo direito ao produto da terra por ele trabalhada, e entendendo que uma posse contínua vem a transformar-se facilmente em propriedade.

Assim, pode-se dizer que Rousseau manifesta uma clara preocupação com o aprofundamento das desigualdades introduzidas pelo processo de socialização e que, conseqüentemente, seu conceito de justiça social é permeado pela idéia de igualdade, destacando como critério distributivo “a cada um segundo seu próprio trabalho”, superador dos adotados por grande parte dos pensadores da época, como “ a cada um segundo seu status” ou “ a cada um segundo seu mérito”, mas que não leva em conta a existência de diferentes necessidades.

Os críticos de Rousseau consideram que as idéias expostas no Contrato Social são contraditórias com as expressadas anteriormente. Porém seus defensores entendem que a proposta do Contrato Social parte da convicção do autor de que, por um lado, há impossibilidade de restabelecer o estado de natureza, e, por outro, há necessidade de um pacto social para minimizar as desigualdades provocadas pela instauração do estado civil.

Uma abordagem bem diferente, mas também dentro do pensamento liberal, é a desenvolvida pela corrente utilitarista, que considera que uma sociedade é corretamente ordenada, e portanto justa, quando obtém a maior soma de satisfação, independente da sua distribuição entre os indivíduos pertencentes a essa sociedade. Esta posição permite justificar a penalização e exclusão de indivíduos para obtenção de uma soma maior, cujos benefícios, em última instância, serão apropriados pelos indivíduos que se encontrem numa situação favorável ao aumento da utilidade marginal a ser obtida.

Le Grand (1988, p. 60 e 61) apresenta dois exemplos, relacionados com a questão da saúde, que permitem clarificar as conseqüências da implementação dos critérios distributivos do utilitarismo. O primeiro parte da aceitação de que quanto maior é a renda de um indivíduo, maior é a possibilidade de desfrutar as conseqüências de um bom estado de saúde. Assim, considerando duas pessoas que atualmente têm o mesmo estado de saúde, seria inteiramente lógico tentar melhorar o nível de saúde daquele que conta com uma renda maior, inclusive efetuando transferências, caso possível, do indivíduo de renda inferior para o outro mais rico.

O segundo é relacionado com a definição de assistência médica para dois indivíduos, um com melhor nível nutricional que o outro, portanto, com melhores possibilidades de responder ao tratamento. Sem lugar a dúvidas, segundo os princípios da corrente utilitarista, a escolha será a de oferecer atendimento àquele que teve um melhor nível de alimentação.

É difícil imaginar que os exemplos citados possam ser denominados de igualitários ou equitativos. Sendo assim, pode-se afirmar que o utilitarismo pouco — para não dizer nada — pode aportar como teoria sustentadora do conceito de equidade.

Por último, cabe analisar a teoria da justiça desenvolvida por Rawls (1985), e que deve ser compreendida no contexto atual da evolução do pensamento liberal, no qual são repensados os problemas sociais, o papel do Estado e o conceito de cidadania. Um bom exemplo é a tipologia de cidadania e a definição das instituições públicas responsáveis pelo seu efetivo exercício, apresentada por Marshall (1967, p. 28-29). No dizer do autor, “o Elemento Civil é composto dos direitos necessários à liberdade individual, liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça. Este último difere dos outros porque é o direito de defender e afirmar todos os direitos em termos de igualdade com os outros e pelo devido encaminhamento processual. Isto mostra que as instituições mais intimamente associadas com os direitos civis são os tribunais de justiça. Por Elemento Político deve-se entender o direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido de autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo. As instituições correspondentes são o parlamento e conselhos de governo local.

O Elemento Social refere-se a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. As instituições mais intimamente ligadas a ele são o sistema educacional e os serviços sociais”.

É neste contexto, e com a influência contratualista de Rousseau, que Rawls desenvolve sua teoria de justiça. Para poder definir a teoria da justiça e seus correspondentes princípios norteadores, Rawls propõe

partir de uma posição inicial hipotética e sem realidade histórica, na qual seria estabelecido um contrato, “... já não como resultado de uma opção política, mas como discussão de uma questão filosófica” [Lacoste (1992, p. 138)].

Na posição inicial as pessoas livres e iguais deverão abandonar simpatias e ódios, colocando-se numa situação de imparcialidade, denominada pelo autor “véu da ignorância”, na qual desconhecem tanto sua posição social original quanto suas capacidades e preferências.

Segundo Rawls (1985, p. 82), as pessoas livres, iguais e racionais, assumindo o “véu da ignorância” como ponto de partida, chegariam a definir, na carta fundadora de sua associação, os seguintes princípios:

1. “Cada pessoa deve ter um direito igual ao sistema mais amplo possível de liberdades básicas; todos os societários têm direitos à mais extensa liberdade compatível com a liberdade dos demais.
2. As desigualdades econômicas e sociais devem ser tais que:
  - a) sirvam ao maior benefício dos mais desfavorecidos, dentro dos limites de um justo princípio de repartição;
  - b) devem estar relacionadas a funções e posições abertas a todos, em acordo com o princípio de justa igualdade de oportunidades” .

Os princípios mencionados deverão ser lidos na ordem apresentada, com a qual fica claramente exposta a prioridade dada à liberdade. É neste aspecto que não são admissíveis as desigualdades entre os indivíduos. O segundo dos critérios que trata da forma de distribuição da renda, da riqueza e das grandes linhas de organização, por um lado, pretende diminuir as desigualdades através da eleição de uma política “maximin” (maximizar o benefício dos menos favorecidos) e, por outro, põe de manifesto a aceitação da desigualdade entre os homens sempre que se entenda que são justas (justo princípio de repartição, justa igualdade de oportunidades).

Pode-se pensar, inicialmente, que o pensamento rawlsiano sustenta um conceito de equidade que permite uma discriminação positiva. Entretanto, alguns autores, como, por exemplo, Lacoste (1992, p. 139), entendem que a igualdade preconizada no primeiro dos postulados é atenuada por um realismo utilitarista manifesto no segundo princípio, já que

“... para Rawls, não existe injustiça no fato de um pequeno número obter vantagens superiores à média, contanto que justamente por aí — mas como é possível saber — a situação dos mais desfavorecidos seja melhorada”.

Por sua vez, Nozick (1991, p. 217), que discute justiça distributiva a partir de um estudo detalhado da contribuição de Rawls, também identifica certa influência utilitarista na formulação da proposta, vez que não existe uma preocupação manifestada pelos direitos que justificam as formas distributivas, mas pelos resultados finais obtidos. No dizer do autor:

“ A natureza do problema de decisão enfrentado por pessoas ao se resolverem por princípios, na posição inicial e por trás de um véu de ignorância, limita-as a normas de distribuição de estado final”.

Entretanto, propõe como justas as distribuições que resultem de justas aquisições iniciais e de justas transferências, citando como exemplo de injustiça o roubo e a fraude.

Conseqüentemente, considera que o papel do Estado deve-se limitar a reparar as injustiças existentes, sem intervenção na distribuição de bens, a qual será determinada pelas capacidades e talentos individuais. Em síntese, propõe um Estado mínimo ultraliberal, que tenha como função principal assegurar as liberdades individuais e dos mercados.

Por outra parte, segundo Le Grand (1988), é provável que o próprio Rawls não aceitasse a aplicação de seus princípios à saúde. Le Grand fundamenta sua dúvida em dois pontos importantes do pensamento de Rawls:

a saúde é um bem natural que não pode ser distribuído nas mesmas bases que os bens sociais; e

o princípio “maximin” é um macrocritério, não *implementável* em situações micro como saúde.

Entretanto, estas limitantes carecem de sustentação quando se considera, por um lado, que a atenção à saúde deve ser objeto de uma política distributiva da mesma forma que outros bens sociais, e, por outro, que os critérios devem ser aplicáveis tanto a macro quanto a microsituações, e

que não existem fundamentos para enquadrar a saúde como microárea [Le Grand (1988, p.62)].

Porém, ainda que possam ser superados os entraves colocados pelo pensamento de Rawls, permanecem outros que podem ser melhor dimensionados a partir do exemplo colocado por Le Grand. Seria equitativo, aplicando o princípio de “maximin”, privilegiar o atendimento de um condutor embriagado que tivesse atropelado um pedestre sóbrio, pelo fato de o condutor, em termos de recursos materiais, ser considerado o mais desfavorecido?

É pouco provável que alguém possa considerar que, na situação exposta, a aplicação do princípio “maximin” conduza a um tratamento equitativo. No entanto, cabe assinalar que este tipo de limitações tende a desaparecer quando o critério é aplicado para distribuições entre grupos geográficos ou entre grupos sociais.

Assim, apesar das críticas mencionadas, a teoria da justiça de Rawls aporta bases fundamentais à busca de uma conceituação do termo equidade. Basta destacar a incorporação dos interesses coletivos e a preocupação com a diminuição das desigualdades através de políticas de distribuição de discriminação positiva em favor dos menos favorecidos.

### **V.3 - Conceito de Equidade**

Entre as definições do conceito, uma primeira distinção que deve ser destacada é a formulada por West (1979) ao discriminar o princípio de equidade horizontal — tratamento igual para iguais — da equidade vertical — tratamento desigual para desiguais. Convém lembrar que por trás do primeiro conceito está o princípio de igualdade, enquanto o segundo pressupõe uma discriminação positiva, e, ainda, que tratamentos iguais podem ser não-equitativos.

“É relativamente simples pensar em exemplos de tratamentos iguais que poderiam não ser equitativos. É o caso hipotético citado por Le Grand, no qual duas pessoas com o mesmo problema de saúde recebem o mesmo tratamento. Uma, entretanto, por desfrutar de condições físicas superiores, reage mais rapidamente à terapêutica. Neste caso, a igualdade de tratamento resultou em desigualdade de resultado. Teria sido,

por conseguinte, mais eqüitativo proporcionar melhores cuidados ao paciente mais vulnerável, cuja capacidade de resposta fosse presumivelmente pior” [Vianna (1989)].

Cabe destacar que a discriminação efetuada entre eqüidade horizontal e vertical pode ser questionada por todos aqueles que considerem que não existem duas pessoas iguais, nem duas situações idênticas. Neste sentido a eqüidade horizontal perderia aplicabilidade.

Sem lugar a dúvidas, Julian Le Grand é um dos autores que mais tem contribuído para a conceituação do termo eqüidade. Ele distingue cinco tipos de eqüidade ligados à distribuição da despesa pública; quais sejam:

aquele que objetiva a igualdade da despesa pública *per capita*;

o que persegue a igualdade do rendimento fiscal procurando compensar os rendimentos das populações de mais baixa renda através da despesa pública com políticas sociais, obtendo-se, desta maneira, uma equiparação entre os rendimentos dos diferentes grupos sociais;

o definido como igualdade de utilização, em que a despesa pública deverá favorecer a igualdade no consumo dos diferentes serviços;

o que está referido à igualdade do gasto, de tal maneira que todos os indivíduos tenham, potencialmente, igualdade no gasto por unidade de serviço utilizado; e

o que tem por finalidade o alcance da igualdade nos níveis de saúde por uma distribuição da despesa pública orientada para a obtenção de iguais resultados [Le Grand (1982)].

Por sua vez, Artells (1983) e Mooney (1983) trabalham sete conceitos possíveis de eqüidade em saúde:

*Igualdade de despesa per capita*: que parte do pressuposto de que a distribuição é eqüitativa quando efetuada em função do tamanho populacional.

*Igualdade de recursos per capita*: que incorpora à distribuição realizada em base populacional correções em função das diferenças de preços observadas em cada região.

*Igualdade de recursos para necessidades iguais:* que estabelece que para obter distribuição equitativa devem ser consideradas as diferentes necessidades sanitárias existentes, efetuando-se correções a partir tanto do perfil demográfico quanto do epidemiológico.

*Igualdade de oportunidade de acesso para necessidades iguais:* que reconhece, além das diferentes necessidades determinadas pelos perfis demográfico e epidemiológico, a existência de desigualdades no custo social do acesso (por exemplo, a distância aos serviços de saúde).

*Igualdade de utilização para iguais necessidades:* que considera não só a distribuição da oferta e os custos sociais, mas também outros fatores condicionantes da demanda. Neste caso, deverá efetuar-se uma discriminação positiva em favor dos grupos regionais ou sociais com menos predisposição para a utilização dos serviços de saúde.

*Igualdade de satisfação de necessidades marginais:* que parte do pressuposto de que as necessidades mantêm a mesma ordem de prioridades nas diferentes regiões. Assim, a equidade seria alcançada se, dado um incremento ou um corte nos recursos, o aumento ou a diminuição na cobertura das necessidades fosse o mesmo em todas as regiões.

*Igualdade nas condições de saúde:* que tem por objetivo a igualdade nos indicadores de saúde. Este conceito de equidade, diferentemente dos anteriores que priorizam a distribuição dos recursos, toma como ponto central os resultados obtidos. E, como aponta Giraldes (1987), exige estratégias multisetoriais.

Como se pode observar, as conceituações efetuadas por Le Grand (1982) estão contempladas nas realizadas por Artells (1983) e Mooney (1983), e em cada uma delas o ponto central de preocupação é a distribuição da despesa pública. Por outra parte, o leque apresentado pelos autores mostra que não existe consenso em torno de um único conceito.

Em trabalhos mais recentes, Le Grand (1988) considera que a maioria dos conceitos de equidade, por representar variações de uma mesma idéia ou objetivo, podem ser sintetizados em três:

- tratamento igual para necessidades iguais;
- igualdade de acesso; e
- igualdade de saúde.

Mas as idéias mais inovadoras de Le Grand (1988) estão relacionadas com a consequência nas formas de financiamento incorporadas pelo reconhecimento das eleições/responsabilidades individuais. Se bem que o binômio eleição/responsabilidade tenha permeado todos os trabalhos deste autor (serve como exemplo o caso do condutor embriagado), suas implicações na redefinição do conceito de equidade e, portanto, no financiamento setorial, foram explicitadas mais recentemente.

Segundo Le Grand, desigualdades motivadas pela livre eleição dos indivíduos não podem ser consideradas não-equitativas; unicamente as desigualdades que resultam de fatores que estão fora de seu controle devem ser entendidas como não equitativas.

O próprio autor reconhece que a implementação desse novo conceito de equidade pode ser extremamente difícil. Como saber se as consequências são produto de preferências realmente autônomas, e não determinadas por outros fatores, como, por exemplo, os sociais? É possível considerar que as consequências provocadas pela adição no nível de saúde são resultado da livre escolha individual?

Le Grand estabelece que as implicações desta concepção estão limitadas à responsabilidade no custeio dos correspondentes tratamentos. E considera que o critério de eleição/responsabilidade não pode influenciar a demanda atendida pelos serviços médico-hospitalares. A pergunta que deve ser respondida não é: qual indivíduo deve ser atendido, mas: é justo que a assistência médica de problemas de saúde originados pela livre escolha de um indivíduo seja custeada pelos recursos da comunidade?

A partir das considerações expostas, o autor sugere que cada indivíduo deve contribuir com uma porcentagem do custo do tratamento equivalente ao risco assumido através de suas escolhas. É dizer, por exemplo, que se 20% dos fumantes têm a probabilidade de contrair câncer de pulmão, cada um deles deveria pagar um quinto de seu tratamento. Porém, levando em conta a dificuldade que certamente representaria a definição da responsabilidade de cada indivíduo no financiamento dos tratamentos demandados, apresenta como alternativa a penalização di-

ferenciada dos consumos ou atividades nocivas à saúde, como, por exemplo, o consumo de tabaco.

Finalmente, sintetizando o exposto, pode-se afirmar que atualmente as tendências preponderantes reconhecem como pilares principais do conceito de equidade a distribuição de recursos através de uma discriminação positiva em favor dos mais desfavorecidos e a diminuição das desigualdades que resultam de fatores que estão fora do controle individual.

Ao mesmo tempo cabe reiterar que a aceitação, quase consensual, de princípios equitativos permanece restrita exclusivamente à definição formal de um direito, sem que na realidade seja assegurado seu efetivo exercício.

#### **V.4 - Necessidades em Saúde: Comentários sobre Alguns Indicadores**

Em relação ao conceito necessidade em saúde, como no que se refere ao termo equidade, não existe consenso entre os distintos autores que têm abordado a temática com o objetivo de elaborar uma definição mais precisa.

As dificuldades podem ser avaliadas a partir dos interrogantes levantados por Le Grand (1988, p. 56):

“Que se entende por necessidade? A quantidade de serviços que os indivíduos desejam? Sua “demanda” de tratamento, como os economistas entendem o termo, isto é, a quantidade de tratamento que comprariam ao preço vigente se estivesse disponível? O tratamento que um profissional considera necessário em cada caso?”

Apesar da importância da discussão suscitada pelos diferentes enfoques adotados nas tentativas de superar os problemas enfrentados na busca de uma definição mais apropriada de necessidades em saúde, este trabalho se limitará a sintetizar e discutir os indicadores e as variáveis mais utilizadas para operacionalizar o termo e melhor dimensionar as diferenças existentes, em nível regional ou entre grupos populacionais.

Pode-se dizer que em geral os indicadores mais freqüentemente utilizados estão relacionados com os perfis demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos.

#### **V.4.1 - Perfil demográfico**

São vários os indicadores que permitem conhecer o perfil demográfico de uma determinada população. No entanto os mais utilizados, de fácil implementação mas de baixo poder explicativo, são elaborados a partir da discriminação da população segundo sexo e grupos etários. Sabe-se que os diferentes subgrupos populacionais apresentam necessidades distintas, determinadas pelo próprio processo de envelhecimento. Por exemplo, a prevalência de cardiopatias coronárias, mínima nos primeiros anos de vida, assume níveis relevantes nas populações de idade mais avançada. Por outra parte, são conhecidas algumas especificidades de cada sexo: a incidência de osteoporoses, por exemplo, é superior nas mulheres de determinado grupo etário que no grupo correspondente de homens [Whitehead (1991)].

Porém, como se mencionou, estes indicadores são pouco explicativos das diferenças de necessidades existentes, já que expressam unicamente variações biológicas naturais, não incorporando variações intragrupo etários decorrentes de outros fatores, como, por exemplo, os sociais. Assim, como afirma Musgrave (1984, p. 440), os dados demográficos não indicam o nível de bem-estar, mas proporcionam as bases para a obtenção de indicadores de bem-estar.

Outros indicadores que comumente são utilizados para definir as características demográficas de uma região, que permitem uma melhor avaliação das necessidades, mas que neste trabalho serão analisados em forma separada, estão relacionados com as condições socioeconômicas da população.

#### **V.4.2 - Perfil epidemiológico**

Outro critério extremamente importante para avaliar diferenças nos níveis de necessidades é o perfil epidemiológico, expressado pelas correspondentes taxas de morbidade. Entretanto, sua operacionalização por meio deste indicador apresenta dificuldades decorrentes da falta de informação pertinente e da pouca confiabilidade da existente. Assim, em geral optou-se por trabalhar basicamente com mortalidade, considerando-se que guarda certa relação com a morbidade. A experiência mais importante de utilização das taxas de mortalidade para dimensionamento das necessidades regionais foi a efetuada na Inglaterra, que durante

aproximadamente 30 anos realizou sua distribuição de recursos financeiros tomando este indicador como base fundamental para a determinação dos repasses a serem efetuados.

Para tanto, implementou, como fator de correção da população observada, a relação entre a taxa de mortalidade padronizada de cada região e a correspondente taxa nacional. Este procedimento foi efetuado para cada grupo de causas básicas de mortalidade da Classificação Internacional das Doenças (CID), excluídas as referentes às doenças da pele (já que não existe o mesmo grau de correlação entre morbidade e mortalidade) e doenças psiquiátricas (que em geral são tratadas separadamente). As relativas a gravidez, parto e atendimento ao recém-nascido não foram ajustadas segundo a taxa de mortalidade, mas de acordo com as taxas de fecundidade padronizada. Cabe esclarecer que este indicador foi trabalhado para cada faixa etária e segundo o sexo.

Para exemplificar: se a taxa regional padronizada por sexo e idade, tomando como base a distribuição observada em relação ao total da população do país, para uma determinada causa básica de mortalidade, é de 2,1/1.000 habitantes, e a correspondente média em nível nacional é de 2,6/1.000 habitantes, o fator de correção será de 0,8077. Ou seja, para obter o dado de população corrigido deverá multiplicar-se a população observada por 0,8077.

Cabe assinalar que a utilização da mortalidade como indicador de necessidades tem recebido inúmeras críticas. Uma síntese das mais importantes pode ser efetuada a partir do levantamento realizado por Giraldes (1987) sobre a bibliografia existente:

Não existe uma correlação significativa entre as taxas de mortalidade padronizadas e doenças agudas, resultado contrário ao observado quando a comparação é efetuada com as doenças crônicas.

A mortalidade é um indicador sensível unicamente quando as doenças infecciosas têm um peso significativo no total dos problemas de saúde.

Quando o número de mortes por ano, entre 1 semana e 55 anos de idade, é pequeno, a mortalidade não é representativa das necessidades de assistência em saúde.

A mortalidade regional pode ser utilizada como uma aproximação das necessidades de serviços de saúde quando os fatores socioculturais, os juízos de valor relativos aos serviços de saúde e a relação entre necessidades sentidas e demanda sejam homogêneos entre as diferentes regiões consideradas. Por outra parte, a utilização das taxas de mortalidade padronizadas pode esconder diferenças importantes manifestas nas taxas de mortalidade específicas por grupos etários.

Os casos enquadráveis numa mesma causa de morte podem demandar diferentes quantidades de insumos. Basta comparar os custos das mortes prematuras com os ocasionados por aquelas que demandaram um longo período de internação.

A mortalidade não reflete a ampla gama de morbidades que pode apresentar um indivíduo no transcurso de sua vida.

A este leque de limitações pode acrescentar-se outra de caráter geral, relacionada com sua utilização como critério distributivo, e uma relativa à especificidade brasileira [Porto (1991)].

Com a aplicação reiterada das taxas de mortalidade como critério distributivo pode-se chegar, em última instância, a premiar a falta de eficácia nas políticas implementadas. Uma região que apresentasse um melhor desempenho, medido em termos de suas taxas de mortalidade, seria penalizada com uma diminuição na disponibilidade de recursos financeiros. Assim, pode ser interessante pensar na determinação de um período de tempo a partir do qual devem-se esperar resultados positivos manifestos na melhoria dos indicadores. E, conseqüentemente, utilizar para a distribuição dos recursos financeiros uma combinação dos indicadores de necessidades e desempenho.

Em relação ao caso brasileiro, as informações relacionadas com as taxas de mortalidade apresentam deficiências pela cobertura incompleta do sistema de informação, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e pelo sub-registro de óbitos. Este problema poderia ser superado caso fossem empregados indicadores que não usassem a população como denominador, como a mortalidade proporcional. Todavia, outros limitantes do sistema podem vir a ser utilizados como indicadores de necessidades. Por exemplo, a mortalidade por causas mal definidas, já que são em grande parte produto de óbitos sem atendimento médico, e

representam mais de 50% da mortalidade observada em alguns estados das regiões mais desfavorecidas. Por outro lado, ainda quando tenham recebido atendimento médico, as diferenças observadas podem ser interpretadas como um indicativo da necessidade de melhoria na qualidade dos serviços médicos, seja através de aprimoramentos na correspondente formação médica, seja nas técnicas de diagnóstico e tratamento.

### **V.4.3 - Perfil socioeconômico**

São vários os indicadores utilizados para identificar o nível socioeconômico regional. Entre os trabalhados com mais frequência, podem ser citados o grau de alfabetização, as taxas de desemprego, a porcentagem de habitações ligadas a redes de saneamento básico e o volume de ingressos.

Sabe-se que o nível de educação de uma população guarda relação com seu estado de saúde. Mais especificamente, existe uma correlação significativa entre a educação dos pais e a saúde de seus filhos [Musgrave (1984, p.444)]. Este indicador pode dar maiores informações no caso de se efetuar uma discriminação segundo níveis de escolaridade.

Em relação às taxas de desemprego, deve-se alertar que, em geral, como consequência da metodologia dos inquéritos efetuados, podem não ser um bom indicador das necessidades regionais. Como assinala Musgrave (1984, p. 446), as principais deficiências se referem a:

não registro dos subempregos;

não contabilização dos desempregados que, por distintos motivos, deixem de procurar emprego por um curto período — desconsideração da duração do desemprego; e

contabilização, como desempregados, de trabalhadores rurais que, por variáveis estacionais, concentram suas atividades num período determinado do ano, complementando seus ingressos com outro tipo de tarefas nos restantes meses do ano.

No que se refere à porcentagem de habitações ligadas a redes de saneamento básico, pode-se afirmar que é um dos melhores indicadores das condições de saúde de uma população, e que sua implementação é rela-

tivamente simples, dado que os dados necessários são levantados comumente nos censos nacionais.

Por fim, os indicadores socioeconômicos mais utilizados estão relacionados com o nível de ingressos de cada subgrupo regional. O mais conhecido é o produto interno bruto (PIB) *per capita*. Entretanto, este indicador, dependendo do grau de concentração da renda, pode não ser representativo dos ingressos da maior parte da população. Nestes casos, parece mais conveniente trabalhar com indicadores que expressem a distribuição dos ingressos, como, por exemplo, a composição populacional segundo faixas de renda, observando as diferenças existentes com a média nacional.

## **V.5 - Considerações Finais**

Em primeiro lugar, cabe destacar a necessidade de aprofundar as formulações teóricas que permitam avançar na construção de uma conceituação do termo equidade.

As teorias de justiça social, implícitas ou explícitas nas obras dos pensadores da corrente liberal, deixam dúvidas em relação ao conceito de equidade que cada uma delas pode sustentar. A mais desenvolvida, elaborada por Rawls, apesar de incorporar a possibilidade de uma discriminação positiva, foi objeto de análises e, por que não dizer, de críticas que mostraram a necessidade de aprofundar a discussão das bases teóricas que permitiriam uma melhor conceituação do termo equidade.

No entanto, não se pode afirmar que a falta de referências teórico-conceituais foi a causa principal da ausência de políticas públicas realmente comprometidas com o alcance de um patamar mais equitativo na área da saúde.

Por outra parte, as limitações levantadas em relação aos critérios e indicadores comumente utilizados para determinação das diferenças regionais têm por objetivo, mais que desalentar seu aproveitamento, alertar para suas deficiências e permitir a implementação de sistemas de controle e acompanhamento que evitem conseqüências indesejáveis.

Por fim, no que se refere à distribuição de recursos em função das necessidades, vale a pena lembrar alguns aspectos metodológicos por de-

mais conhecidos, e que de alguma forma já foram mencionados no decorrer do trabalho.

Na definição dos grupos populacionais, deve-se procurar a maior homogeneidade possível, de forma a minimizar fatores que possam caracterizar subgrupos com necessidades extremamente distintas.

Para selecionar os critérios distributivos e as variáveis que serão usadas na sua operacionalização, deve-se inicialmente definir as populações que se pretende favorecer e os resultados que se desejam incentivar. Em outras palavras, é necessário construir a imagem-objetivo que se procura alcançar.

Cabe destacar que, existindo mudanças na imagem-objetivo pretendida, os indicadores e, provavelmente, os critérios deverão ser redefinidos.

Em todos os casos, recomenda-se realizar estudos de correlação entre os indicadores/variáveis que sejam utilizados, visando evitar tanto a potencialização quanto a anulação de seus efeitos distributivos.

Para finalizar, sublinha-se que, para o efetivo alcance de sociedades mais equitativas, são necessárias políticas públicas que superem o âmbito setorial e consigam, conjuntamente, diminuir as desigualdades atualmente existentes, sem perder de vista a eficiência e a eficácia.

Sintetizando, os maiores desafios estão centrados no avanço das formulações teórico-conceituais, na operacionalização das definições adotadas com políticas que contemplem tanto a equidade quanto a eficácia e eficiência dos sistemas de saúde.

## **Bibliografia**

ARTELLS, Joan. Notas sobre la consideración económica de la equidad: utilización y acceso. *In: Planificación y economía de la salud en las autonomías.* — Madrid, 1983.

GIRALDES, María do Rosario. *Distribuição equitativa da despesa, em cuidados de saúde primários.* — Lisboa, 1987. (Teses para professora auxiliar de economia da saúde. ENSP)

LACOSTE, Jean. *A filosofia no século XX.* — Campinas, São Paulo: Papyrus, 1992

- LE GRAND, J. *The strategy of equity; Redistribution and social services*. — London: George Allen e Unwin, 1982.
- LE GRAND, J. Equidad, salud e atención sanitaria. *In: Salud e equidad: VIII jornadas de Economía de la Salud*. — España, 1988.
- MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social, e status*. — Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
- MOONEY, G.H. Equity in health care: confronting the confusion. *In: Effective Health Care*, 1983.
- MUSGRAVE, Philip. Indicadores de bienestar y salud, selección y empleo de indicadores socioeconómicos para monitoria y evaluación. *Boletín da Oficina Panamericana de la Salud*, v. 96, n. 5, 1984.
- NOZICK, Robert. *Anarquía, estado e utopía*. — Rio de Janeiro: Zahar, 1991.
- PORTO, S. Descentralização de recursos no setor saúde: comentários sobre algumas propostas. *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 5. — Brasília: IPEA, jun. 1991.
- RAWLS, John. *Teoría da la Justicia México*. Fondo de Cultura Económica, 1985.
- ROUSSEAU, Jean Jacques. *O Contrato social e outros escritos*. — São Paulo: Ed. Cultrix, 1986.
- VIANNA, S. M. *Equidade nos Serviços de Saúde*. — Brasília: IPEA/Iplan, 1989.
- WEST, P. e CULLIS, J. *Introducción a la economía de la salud*. — Oxford, 1979.
- WHITEHEAD, M. *Concepts et principes de l'égalité des chances en matière de santé Deneve*. — OMS, 1991.