

QUESTÕES IDEOLÓGICAS DE EQUIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL - UM ESTUDO DO PERÍODO 1993 - 2000

Reinaldo José Gianini¹, Michael Traynor²

RESUMO

Introdução: desde 1988 a Constituição Federal do Brasil tem preconizado o princípio da equidade na atenção à saúde, incluindo a afirmação do direito universal de atenção à saúde e acesso igualitário ao conjunto completo de ações de saúde, da atenção primária aos serviços especializados. Entretanto, em 2000, pouco progresso pode ser observado. O presente estudo tem por objetivo encontrar explicações para esta falha política, a partir da análise das atas das reuniões de um elevado órgão, responsável pela tomada de decisão. Métodos: foram analisadas as atas do Conselho Nacional de Saúde do período 1993-2000, utilizando-se a abordagem da análise de discurso, apoiada na Teoria Crítica. A análise se concentrou nos conceitos de equidade empregados pelos diferentes e freqüentemente discordantes grupos de interesse representados no Conselho. Resultados e Discussão: equidade, enquanto valor político, foi constantemente minada por alguns grupos que, tanto explícita quanto implicitamente, propõem modelos alternativos de atenção à saúde, incluindo, por exemplo, atenção mediante pagamento, ou considerando custo-efetividade como mais importante do que equidade. Distintos modelos podem ser detectados no discurso dos conselheiros, incluindo propostas da Nova Direita para a minimização da atenção à saúde provida pelo Estado. Conclusão: poderosas facções no Brasil têm sido bem sucedidas quanto a evitar a implementação de um princípio fundamental da política nacional de saúde.

Descritores: equidade, atenção à saúde, pesquisa qualitativa, ideologia, sistema de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Since 1988 the Federal Constitution of Brazil has promoted the principle of equity in the delivery of health care including the statement of a universal right to health care and equal access to the complete range, from primary health care to specialist services. However, in 2000, little progress appeared to have been made in pursuing this goal. This study aims to find some explanations for this failure of policy from within the proceedings of a high-level policy-making body. Methods: The transcripts of the National Health Council from 1993 to 2000 were analysed using a discourse analytic approach informed by critical theory. The analytical focus was on the use made by different and often competing interest groups within the Council of the notion of equity. Results and Discussion: Equity as a political value was constantly undermined by some groups who, either explicitly or implicitly, proposed alternative models of health care, for example including delivery according payment, or which featured cost-effectiveness as a more important feature than equity of delivery. Distinct models can be detected within the talk of Council members including New Right approaches to the minimisation of state-provided health

care. Conclusion: Powerful factions in Brazil have succeeded in preventing implementation of a fundamental principle of a national health policy.

Key-words: equity, health care, qualitative research, ideology, health system.

INTRODUÇÃO

O tema da equidade na atenção à saúde é muito presente na literatura nos últimos anos. O significado de equidade não é igualdade, mas sim justiça.¹ Equidade implica que a necessidade deve ser considerada na alocação de recursos. A corrente ideológica que julga a equidade com base na distribuição da atenção à saúde de acordo com a necessidade é classificada como igualitária² e tem sido associada ao marxismo.³

Na Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988, constam no artigo 196 os princípios de equidade na atenção à saúde: direito universal, acesso igualitário e assistência integral.⁴ O artigo 198 define o Sistema Único de Saúde e esclarece o princípio da integralidade.⁴ Em setembro de 1990, a Lei 8080 regulamentou o SUS.⁵ Este estatuto proclama a garantia dos princípios de equidade na atenção à saúde no SUS.

Entretanto, o nível de iniquidade no Brasil ainda é elevado.^{6,7,8} Um relatório da Organização Mundial da Saúde, de 2000, apresenta uma síntese desta iniquidade: entre 191 países, o Brasil foi o 130º classificado em satisfação da clientela e 85º classificado em equidade na satisfação da clientela, postos localizados muito abaixo de vários países menos desenvolvidos.⁹

Em virtude da realidade brasileira se encontrar em tal contraste com os princípios preconizados por sua Constituição Federal, o presente estudo tem por objetivo responder a seguinte questão: *Quais são as questões ideológicas relacionadas à manutenção da iniquidade na atenção à saúde no Brasil?*

MÉTODOS

Esta pesquisa é baseada na análise qualitativa de documentos.^{10, 11} Os documentos são os registros das atas do Conselho Nacional de Saúde¹² e representam discursos interativos. O método de análise foi baseado na análise crítica de discursos.^{13, 14}

O processo de investigação envolveu primeiramente a leitura geral das atas, feita de maneira cuidadosa e por repetidas vezes, as quais mostraram as palavras associadas aos temas mais relevantes que diziam respeito à equidade.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 8, n. 2, p. 11 - 17, 2006

1 - Professor do Depto. de Medicina - CCMB/PUC-SP, Pesquisador do Depto. de Medicina Preventiva - FMUSP

2 - Full Professor, London School of Hygiene & Tropical Medicine
Recebido em 23/1/2006. Aceito para publicação em 4/4/2006.

Estas palavras eram: acesso, fila-dupla, lista de espera, integral[idade], referência, exclusão, discriminação, clientela, cobertura, igualdade, universal[idade], direito à saúde, princípios do SUS, dever do Estado. A seguir, todo trecho de ata que incluía estas palavras foi selecionado para análise mais aprofundada. Os trechos que continham estas palavras, mas não envolviam discussão sobre a equidade na atenção à saúde, foram excluídos.

Os textos foram então analisados sob a ótica da Teoria Crítica,¹⁵ procurando-se evidências onde a ideologia, e outros processos hegemônicos, fossem operativos. É importante observar que não apenas as evidências que corroboram com a Teoria Crítica¹⁵ foram investigadas, mas também aquelas que parecem contrariá-la. Tanto quanto possível a análise é explicitada neste artigo pela inclusão dos trechos originais e respectivos comentários.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi selecionado como foco de análise por causa de sua importância, definida pela Lei 8142 de dezembro de 1990, artigo 1, item 2o.¹⁶ Os documentos analisados foram as atas das reuniões do Conselho,¹² da 28ª que foi realizada em 09/1993, e de todas as outras realizadas no intervalo de 02/1994 (32ª) a 06/2000 (98ª). As outras atas não estavam disponíveis até 12/2000, quando se encerrou a análise.*

OBJETIVOS

Gerais

Análise centrada nas questões ideológicas relacionadas à equidade na atenção à saúde. Em outras palavras, como valores e conceitos se apresentaram no discurso dos conselheiros, com frequência implicitamente, de modo a tentar perpetuar uma situação iníqua.

Específicos

a. Análise das funções de acesso, integralidade e discriminação.

– Acesso foi definido como “obtenção da atenção à saúde”.

- Integralidade foi definida como “obtenção do conjunto articulado de ações apropriadas a diferentes níveis de necessidade”.

- Discriminação foi definida como "qualquer tipo de preconceito ou privilégio na atenção à saúde".

b. Análise das conexões lógicas entre as funções de acesso, integralidade e discriminação, resultando em um modelo de atenção à saúde.

- Modelo de atenção foi definido como “um conceito ideologicamente direcionado de sistema de atenção à saúde”.

c. Análise das relações entre modelo de atenção e pensamento econômico que o sustenta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do acesso revelou uma situação, no período estudado, que se distancia muito da proposta de equidade. A necessidade de pagar pelo atendimento se revelou como uma

regra muito significativa mesmo dentro do SUS, o que indicaria certo grau de corrupção dentro deste Sistema. Por causa desta necessidade de pagamento, para se obter o acesso ao atendimento, observa-se que muitos conselheiros são hábeis em apresentar o sistema suplementar de seguros, ou planos de saúde, pré-pagos, como atraentes alternativas ao SUS. Tais argumentos iniciam um processo de enfraquecimento do princípio de acesso universal e gratuito e promovem um sistema onde a atenção à saúde deve ser obtida mediante pagamento, proposta que é defendida pelos representantes dos prestadores privados, são toleradas pelos representantes dos prestadores públicos, enquanto os representantes dos usuários a ela se opõem (Tabelas 1a e 1b).

O seguinte exemplo contextualiza, ilustra e explicita a análise feita para acesso:

A real situação de acesso à atenção à saúde é precária a despeito da Constituição. A necessidade de pagamento para se obter o acesso a médicos ou hospitais é revelada durante um debate sobre a regulamentação dos serviços privados não-lucrativos contratados pelo SUS:

“... lembro a vocês que, provavelmente por questão de sobrevivência, os médicos estão cobrando dos pacientes, mesmo daqueles internados em enfermarias. Estes desvios da lei continuarão se o SUS não pagar adequadamente. Sugiro que uma regulamentação que impeça os hospitais de induzir pacientes à escolha de acomodações especiais seja posta em prática.”

(53ª reunião, 6-7/03/1996, item I - Informações, representante dos prestadores privados, 1.51-55).

De acordo com este conselheiro, existem duas formas de cobrança irregular. Ele se apresenta relutante em culpar os médicos, mas enfatiza a responsabilidade dos hospitais. Apesar de que sua motivação não é explícita, é possível supor que ele adota esta atitude para evitar conflitos com a corporação médica. Apresenta, também, uma crença na autoridade das normas e da administração como garantia de acesso à atenção à saúde.

A análise da integralidade na atenção à saúde mostra que este conceito pode ser compreendido de diversos modos, mas mostra também que estes modos são complementares. Um conceito que resulta em ruptura da integralidade é a divisão entre atenção primária, secundária e terciária. Este modo de compreender a atenção integral resulta numa ameaça a ela mesma quando aplicado à prática e à organização dos serviços e, em nossa pesquisa, provém especialmente do setor privado quando, por exemplo, atribui ao setor público a responsabilidade pelo atendimento de alta complexidade e de emergência. Um segundo conceito que também resulta em ruptura da integralidade é a divisão da atenção à saúde em procedimentos básicos ou especializados, e sua defesa pode ser observada em ambos setores, público e privado. Um terceiro conceito que rompe a integralidade é a divisão entre prevenção e cura, que na verdade procura fazer uma cisão entre prevenção primária e prevenção secundária/terciária. A justificativa para priorizar a prevenção é maior efetividade e menor custo quando comparada às ações curativas. Entretanto sua fraqueza é ética, pois não há argumento que justifique protelar a atenção necessária àqueles que já apresentam patologias estabelecidas ou agravadas.

* As atas encontram-se transcritas a partir de gravações em fitas cassete

Assim, observa-se uma contaminação cruzada de argumentos: do setor privado para o setor público vai a justificativa de necessidade de redução de custos, do setor público para o privado vai a justificativa da necessidade de priorizar a atenção básica. Nesta simbiose o resultado para o usuário é perverso, pois os procedimentos especializados não-lucrativos em pacientes sem bom prognóstico passam a ser evitados pelo sistema de atenção à saúde. Exemplos são a exclusão da cobertura de determinadas condições ou doenças pré-existentes pelos planos e seguros de saúde, ou a exclusão de determinados procedimentos.

Há, portanto, diferentes maneiras de questionar e romper o princípio da integralidade. No entanto, observamos nesses argumentos não um modo ideal de entender a atenção à saúde, mas sim um modo de reduzir custos. A coerência entre eles é econômica. Os argumentos que tendem a romper com a integralidade são defendidos pelos prestadores e atacados pelos usuários e trabalhadores de saúde (Tabelas 1a e 1b). Os defensores da equidade, que intervêm a favor da integralidade, tanto no setor público quanto privado, enfrentam forte argumentação de seus opositores que se baseiam em custos (principalmente o setor privado) e efetividade (principalmente o setor público).

Note-se o seguinte exemplo:

Efetividade pode adquirir um significado cruel quando é associada a custos, como se pode observar nestes dois trechos das Atas. O primeiro se refere ao momento no qual os representantes dos usuários requeriam cobertura universal de medicamentos para AIDS, o que foi aprovado pelo CNS. O segundo se refere ao debate sobre a regulamentação do Seguro de Saúde Privado, quando os usuários exigiam cobertura universal.

“Vejo grupos aqui de Pastoral da Terra, de aidéticos. Eu não posso entender como vou ter que dispendir um mundo de dinheiro para uma pessoa que já adquiriu um mal que praticamente e não vai ter cura.”

(73a. reunião, 4-5/02/98, item 2 - agenda, representante dos prestadores públicos, 1.407-409).

“A questão da Doença Prévia - evidentemente, seria estapafúrdio imaginar que pode-se ter medicina supletiva em um doente terminal que entra no Plano.”

(76a. reunião, 1-2/04/98, regulamentação dos seguros privados, representante dos prestadores públicos, 1.139-140).

Nestas duas passagens, a intenção é restringir a atenção à saúde somente àqueles com bom prognóstico, o que, aqui, significa cura. Tais afirmações representam uma afronta brutal, expressa pelo racionalismo econômico, aos valores humanísticos de bem-estar.

A análise da discriminação mostra que sua função predominante, observada neste estudo, é reforçar as regras econômicas, o que é coerente com as análises de acesso e integralidade. Observa-se que os representantes dos prestadores e algumas categorias dos representantes dos trabalhadores da saúde apóiam critérios sócio-econômicos discriminadores de clientela (Tabelas 1a e 1b).

Apesar dos defensores dos princípios de equidade exercerem uma forte defesa do universalismo, há uma expressiva oposição que defende a fragmentação da clientela segundo critérios sócio-econômicos. É o que se apresenta a seguir:

O trecho abaixo divide os brasileiros em dois grupos: aqueles que são dependentes do SUS, denominados pobres, e aqueles não-dependentes do SUS, que têm recursos.

“... é prioritária a reconstituição de um sistema público de saúde dos hospitais universitários, dos hospitais públicos e das Santas Casas em que há tanta dificuldade, muitas vezes, para que nós possamos efetivamente, ter uma estrutura que garanta os atendimentos aqueles que não têm recurso. Os que têm recursos, crescentemente usarão outros mecanismos, e os seguros de saúde, mecanismos existentes em todas as sociedades é que deverão, por consequência, diminuir o peso sobre o SUS. O que não é justo é que esse peso recaia também sobre o SUS, porque aí o que se estará fazendo é uma coisa oposta à equidade, utilizando recursos que deveriam ser para os que não têm para aqueles que têm. Eu acho que os que dispõem de recursos não têm por que apelar para a gratuidade da saúde, se eles têm condições de pagar um seguro. Não se pode, em nome de um valor abstrato, na prática, prejudicar a maioria mais carente e mais pobre. Isso é hipocrisia, não é crença em nenhum valor defensável do ponto de vista filosófico.”

(62a. reunião, 5-6/02/1997, introdução, representante dos prestadores públicos, 1.210-221).

Este trecho é repleto de recursos de retórica. O princípio de equidade relativo a não-discriminação é classificado como hipocrisia quando implica em assistência à saúde para aqueles que tem recursos. Entretanto, não há definição de critérios identificadores de ricos ou pobres, mas há uma clara proposta de divisão de responsabilidades entre serviços públicos (para os pobres) e serviços privados (para os ricos).

Vários representantes no CNS defendem, explicita ou implicitamente, modelos alternativos de atenção à saúde, a despeito do fato de que a Constituição propõe um modelo universalista. Tais proposições se tornam obstáculos para a implementação da política de saúde prevista na Constituição. Diferentes modelos de atenção à saúde podem ser reconhecidos nos discursos dos representantes, resultantes do modo como se configuram as três funções: acesso, integralidade e discriminação.

Estes modelos apresentam clientelas e coberturas de procedimentos determinadas, acabando por compor um modelo hegemônico que se caracteriza por: prioridade para serviços ambulatoriais e para ações preventivas ou básicas, prioridade para o acesso em detrimento da integralidade, ênfase em custo-efetividade, fragmentação das necessidades de saúde em problemas com ou sem interesse público, fragmentação sócio-econômica da clientela e existência em grau elevado da regra “atenção mediante pagamento”.

Estes conceitos causam conflitos dentro do CNS, mas tornam-se hegemônicos devido ao apoio que recebem de poderosos grupos, tais como os prestadores e seus aliados. Assim, o modelo hegemônico do SUS é uma transição de “Atenção Primitiva à Saúde” para “Atenção Primária Seletiva”. Do primeiro inclui a ênfase nos procedimentos básicos, do segundo inclui a ênfase nos procedimentos essenciais* e custo-efetivos, dirigidos aos pobres. Portanto, não é um modelo de Universalismo Clássico, “toda atenção

* procedimentos essenciais seria o conjunto de ações voltadas para as necessidades de saúde reconhecidas como tal pelo poder público

necessária a toda população”, como o proposto pela Constituição, nem é um modelo de Novo Universalismo, “atenção essencial à saúde de alta qualidade para todos”, como é denominado pela OMS.⁹ Este modelo hegemônico, seletivo, segue as recomendações do FMI e do Banco Mundial para países em desenvolvimento.¹⁷

Pode-se observar que os representantes dos prestadores apóiam os modelos seletivos, enquanto os usuários apóiam o universalismo. Os representantes dos trabalhadores da saúde têm uma proposta mista: assistência integral para os pobres (Tabelas 1a e 1b).

Os seguintes trechos das Atas exemplificam a análise da questão:

Atenção Básica à Saúde é um modelo conceitual significativo com população alvo e conjunto de ações bem definidas. A seguinte passagem mostra várias características que estão interconectadas neste modelo.

“O Conselho deve manter uma posição mais clara com relação à utilização dos recursos e, por tal, a Comissão identificou cinco pontos para consideração: o princípio básico da universalidade aos serviços do SUS; ações de promoção e prevenção, específica ou geral; aplicação dos recursos de forma descentralizada; prioridade às questões típicas de Governo, ressaltando a vigilância sanitária; e a reafirmação de que o objetivo do Sistema está na eficácia social.”

(77a. reunião, 01/06/98, item 4 - PEC 169, representante dos prestadores públicos, l.131-135).

Este representante emprega em seu discurso os conceitos de “questões típicas de governo” e “eficácia social”. O primeiro é associado, por exemplo, à Vigilância Sanitária, uma clara referência às “externalidades em saúde”.⁹ O último pode ser entendido como referente a investimentos em ações custo-efetivas.

“... o Modelo de Atenção Básica representava o fundamento para a transformação do sistema de serviços e que o principal desafio era transformar o direito à universalidade da atenção básica em estratégia estruturante da integralidade e da equidade do referido modelo.”

(87a. reunião, 9-10/06/1999, item 3 - Modelos de Atenção, representante dos prestadores públicos, l.231-233).

Há um dualismo neste último trecho, entre atenção básica e atenção integral. Mas agora, a expressão criada é “direito à universalidade da atenção básica”. Equidade também aparece como um terceiro ponto. O equilíbrio destes três aspectos (básico, integral e equidade) é entendido com um desafio.

Qual seria o pensamento econômico que dá suporte ao modelo existente no Brasil? Politicamente, o modelo seletivo resulta de um maior poder de persuasão por parte dos prestadores. Economicamente, o grupo de conceitos que está definindo o modelo de atenção à saúde, e a sua caracterização e confrontação com os grupos de conceitos econômicos opostos, estão resumidos na tabela 2.

A tomada de decisão racionalista e a política de implementação “de cima para baixo” é um modelo que enfatiza soluções técnico-científicas, identificadas por um

núcleo estratégico dentro de altos níveis hierárquicos de governo. Os usuários são clientes, receptores passivos. Em oposição, a tomada de decisão incrementalista e a política de implementação interativa é um modelo que enfatiza a intersubjetividade e a importância da participação de usuários enquanto cidadãos, para encontrar e aplicar soluções.^{18,19,20}

A perspectiva econômica de contenção de custos e estabilidade enfatiza a necessidade de reduzir gastos com a saúde, baseada no argumento de recursos limitados. As ações de saúde são entendidas como fragmentos e como bens de consumo colocados no mercado: cesta básica de serviços, planos de saúde padrão, ações custo-efetivas são termos criados sob esta ótica. Em contraste, a perspectiva econômica evolucionária reconhece que a economia promove infinitas oportunidades, entre as quais a atenção à saúde esta incluída.

As ações de saúde, dentro deste contexto, são entendidas como ações integradas entre si e como ações de reciprocidade humana: os serviços devem ser oferecidos de acordo com a necessidade, aplicando-se um conceito de necessidade bastante amplificado.^{20,21}

A ótica que procura separar os setores social e econômico, priorizando este último, entende que a saúde é um sumidouro de recursos, e convive com uma concepção na qual a estabilidade econômica é pré-condição para a implementação de políticas sociais. Em oposição, há a ótica que integra setores social e econômico, onde a saúde se apresenta como um potente acelerador do desenvolvimento econômico.^{22,23,24}

O modelo onde o papel do Estado é mínimo e o conceito de interesse público é estreito resulta num sistema de saúde orientado apenas aos mais pobres, uma seguridade social fragmentada e um significativo mercado-negro na saúde. Ao contrário, no modelo onde o papel do Estado é forte e o conceito de interesse público é amplo, o sistema é universalmente orientado, o Estado tem o domínio de um sistema de seguridade social unificado, sendo o mercado-negro na saúde residual.^{9,17,20}

CONCLUSÃO

O CNS é um *locus* privilegiado de tomada de decisão política, legal e econômica, e é um vital condutor de concepções políticas. A análise mostra que neste fórum os modelos de atenção à saúde e seus pressupostos ideológicos e políticos são discutidos, promovidos e resistidos. Apesar do Conselho ser composto por usuários e prestadores, há uma assimetria na relação entre eles. Os primeiros mostram maior comprometimento com os princípios Constitucionais de equidade, mas têm menor poder de persuasão para promover sua implementação.

Os princípios do racionalismo econômico são defendidos por poderosos atores sociais, a despeito do fato de que são incompatíveis com a política universalista presente na Constituição. Os representantes destes grupos continuamente tentam desqualificar as abordagens universalistas e propõem soluções aos problemas que, em grande extensão, não passam de construções retóricas. A análise mostra também como certos grupos têm conseguido legitimar a continuidade da iniquidade.

Como resultado, sugere-se que não ocorreu uma clara implementação da política da equidade, universalista, neste período. Obter a atenção à saúde (acesso) e obter o completo e adequado conjunto de ações de saúde (integralidade) caem, ambos, na regra “atenção mediante pagamento”, tão forte esta regra quanto menos custo-efetiva for a ação necessária,

levando a uma situação muito injusta. Quanto à discriminação, o principal critério observado foi o sócio-econômico. O modelo hegemônico de atenção à saúde que tende a ser no período estudado é uma transição de Atenção Primitiva à Saúde para Atenção Primária Seletiva, que cumpre o formato proposto pelo FMI/Banco Mundial para países em desenvolvimento. Está muito distante, contudo, do

modelo de bem-estar, universalista, proposto pela Constituição.

O pensamento econômico que tenta justificar o modelo observado, e mantém elevados níveis de iniquidade no Brasil, enfrenta uma forte oposição que pode ser encontrada na literatura econômica.

Tabela 1. a - Posições defendidas pelos representantes dos prestadores no CNS-Brasil, 1993-2000

Setor		Funções de equidade			Modelo de atenção
		Acesso	Integralidade	Discriminação	(A + 1 + D)
Público	Federal	Defendem o conceito de prioridade pública para oferecer acesso	Defendem o conceito de custo-efetividade como critério que rompe a integralidade	Defendem o critério condição sócio-econômica para fragmentar clientela (serviço público para os pobres)	Defendem o modelo seletivo
	Estados e Municípios				
Privado	Filantrópicas	Defendem o pagamento direto complementar nos serviços públicos e privados	Defendem os conceitos de ações básicas ou de alto-custo como critérios que rompem a integralidade		
Trabalhadores da Saúde	Médicos		Combatem os critérios de alto-custo, ações básicas ou complexas e atenção primária que rompem a integralidade		Defendem modelo misto
	Saúde Pública				
	Outros				

Tabela 1. b - Posições defendidas pelos representantes dos usuários no CNS-Brasil, 1993-2000

Setor	Funções de equidade			Modelo de atenção
	Acesso	Integralidade	Discriminação	(A + 1 + D)
Sindicatos	Combatem o pagamento direto complementar nos serviços públicos e privados	Combatem os critérios de alto-custo, custo-efetividade, atenção primária, prevenção ou complexidade que rompem a integralidade		Defendem o universalismo
Indústrias			Combatem a condição de saúde pré-existente como critério para selecionar clientela nos seguros/planos de saúde	
Mulheres				
Portadores de patologias			Combatem a condição de saúde pré-existente e condições sócio-econômicas como critérios para selecionar clientela nos seguros/planos de saúde	
Religiosos		Defendem prioridade para as ações de prevenção		Defendem modelo seletivo

Tabela 2 - Pensamento econômico que dá suporte ao modelo de atenção à saúde hegemônico que tende a ser implementado no período 1993-2000, Brasil, e seus opositores encontrados na literatura econômica

Aspecto analisado	Modelo brasileiro	Opositores na literatura
Tomada de decisão	- racionalista - soluções técnico-científicas	- incrementalista - participação comunitária
Implementação das políticas	- de cima para baixo - usuário como mero cliente	- interacionista - usuário como cidadão
Perspectiva do contexto econômico	- contenção e estabilidade - cesta básica de serviços - planos privados padrão - ações custo-efetivas	- evolucionária - serviços oferecidos de acordo com a necessidade - amplo conceito de necessidade
Conceito de atenção à saúde	- gasto - fragmentação - bem de consumo	- investimento - integração - reciprocidade humana
Relação setor social-setor saúde	- dissociada	- integrada
Papel do setor saúde no desenvolvimento econômico	- é um peso	- é um potente acelerador - ganhos de produção
Papel do Estado no desenvolvimento econômico	- mínimo - seguro saúde fragmentado - mercado negro da saúde significativo - orientado aos pobres	- forte - domina um seguro à saúde que é universal - mercado negro residual - universalmente orientado
Interesse público	- estreito	- amplo

Agradecimentos

À London School of Hygiene & Tropical Medicine que apoiou financeiramente a pesquisa e ao Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP pelo incentivo à sua realização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. *Int J Health Serv.* 1992; 22: 429-45.
2. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in the finance and delivery of health care: concepts and definitions. In: Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. *Equity in finance and delivery of health care: an international perspective.* Oxford: Oxford University; 1993.
3. Williams A. Equity in health care: the role of ideology. In: Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. *Equity in finance and delivery of health care: an international perspective.* Oxford: Oxford University; 1993.
4. Brasil. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil: Saúde na Constituição, título VIII, capítulo II, seção II.* São Paulo: Fisco e Contribuinte; 1988.
5. Brasil. Lei n.8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L8080.htm>
6. Rocha SY, Simões BJB, Guedes GLM. Hospital assistance as an indicator of social inequality. *Rev Saúde Pública.* 1997; 31: 479-87.
7. Almeida C, Travassos C, Porto S, Labra ME. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *Int J Health Serv.* 2000; 30: 129-62.
8. Collins C, Araujo J, Barbosa J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. *Health Policy.* 2000; 52: 113-27.
9. World Health Organization. *The world health report 2000 - health systems: improving performance.* Geneva: WHO; 2000.
10. Silverman D. *Interpreting qualitative data.* London: SAGE; 1993.
11. Pope C, Mays N. *Qualitative research in health care.* London: BMJ Books; 1999.
12. Brasil. Atas do Conselho Nacional de Saúde [Citado 15 dez 2000]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/atas>.
13. Dijk TAV. *Discourse as social interaction.* London: SAGE; 1997.
14. Flairchrough N, Wodak R. *Critical discourse analysis.* In: Dijk TAV. *Discourse as social interaction.* London: SAGE; 1997.
15. Kincheloe JL, McLaren P. Rethinking critical theory and qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research.* London: SAGE; 2000. p.138-50.
16. Brasil. Lei n.8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [Citado 15 dez 2000]. Disponível em: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=254&word>
17. Kanji N. Charging for drugs in Africa: UNICEF's 'Bamako Initiative'. *Health Policy Plann.* 1989; 4: 110-20 apud Gilson L. What is the future of equity within health policy? *Health Policy Plann.* 1989; 4: 323-7.
18. Walt G. *Health policy: an introduction to process and power.* London: Zed Books; 1998
19. Lindblom C. The science of muddling through. *Public Adm Rev.* 1959; 19: 79-88 apud Walt G. *Health policy: an introduction to process and power.* London: Zed Books; 1998.
20. Robertson A. Critical reflections on the politics of need: implications for the public health. *Soc Sci Med.* 1998; 47: 1419-30.
21. Poland B, Coburn D, Robertson A, Eakin J. Wealth, equity and health care: a critique of a "population health" perspective on the determinants of health. *Soc Sci Med.* 1998; 46: 785-98.
22. Pan American Health Organization. *Health, social equity, and changing production patterns in Latin America and the Caribbean.* Washington: PAHO; 1998.
23. Wilkinson RG. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality.* London: Routledge; 1996.
24. Olsen JA, Richardson J. Production gains from health care: what should be included in cost-effectiveness analyses? *Soc Sci Med.* 1999; 49: 17-26.



TEM HORA MARCADA ?