

# Saúde Pública, Bioética e Equidade

---

\* Volnei Garrafa  
\*\* Gabriel Oselka  
\*\*\* Debora Diniz

\* Professor Titular da Faculdade de Ciências da Saúde; Coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da Universidade de Brasília - DF

\*\* Professor Associado do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - SP

\*\*\* Doutoranda em Antropologia Social; Pesquisadora Associada do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da Universidade de Brasília - DF

*Este artigo sugere por quais bases éticas deve a bioética guiar o debate da distribuição de recursos escassos. Por meio de uma análise da ética da responsabilidade individual e pública e de uma apresentação do debate sobre a alocação de recursos em alguns países industrializados, tais como Alemanha, França, Espanha e Estados Unidos, o artigo defende o princípio de que a equidade deva ser melhor avaliada pelos estudiosos de bioética e saúde pública.*

## UNITERMOS \_ Saúde pública, equidade de recursos

O último relatório sobre a situação sanitária mundial, publicado em 1995 pelo Fórum Mundial de Saúde (1), mostrava que o principal fator de mortalidade e a primeira causa de morbidade e de sofrimento em todo o planeta aparecia quase ao final da Classificação Internacional de Doenças (CID), sob o código Z59.5. O código, para surpresa de muitos, não representava nenhuma doença infecciosa do tipo daquelas capazes de arrebatam multidões em pouco tempo, nem tampouco se referia a problemas já persistentes à saúde mundial. Ao contrário, Z59.5, na verdade, era algo muito conhecido, especialmente para os países ditos "em desenvolvimento" ou "subdesenvolvidos": a extrema pobreza. Na tentativa de encontrar as razões que conduziram a este caos na distribuição da saúde mundial, o informe levantou a inquietante pergunta sobre "quais seriam as prioridades sanitárias mundiais?". A resposta acabou redundando em dados e números, os mesmos que conduziram à própria formulação da questão, tais como os diferentes gastos em saúde por habitante/ano, em diferentes países.

Há países pobres, dizia o documento, onde o gasto em saúde por habitante/ano não chega a 4 dólares, menos do que o dinheiro que muitas pessoas dos países desenvolvidos levam esquecido na carteira (1). A partir destes argumentos de denúncia política na sua essência, o informe concluiu que: "...a esperança de vida em um dos países menos adiantados do mundo é de 43 anos, segundo estimativas de 1993, ao passo que um dos mais desenvolvidos alcança 78 anos, o que constitui uma diferença de mais de um terço de século. Isso significa que um homem rico e sadio pode viver o dobro que um pobre e doente..." (1). Em visita recente ao Brasil, o cientista italiano Giovanni Berlinguer declarou sua perplexidade diante do fato de que a expectativa de vida de um nordestino pobre é, em média, 15 anos menor do que a de um sulista igualmente pobre.

## A saúde como "direito social" ou "direito humano" ?

Talvez não precisássemos de números tão assustadores para introduzir uma posição já anteriormente defendida por outros bioeticistas (2,3,4). No entanto, o investimento de 4 dólares/ano por pessoa (como acontece em alguns países africanos) é sempre um argumento poderoso para iniciar uma discussão, pela sua inegável força de persuasão. O que queremos mostrar, todavia, é que apesar do montante de dinheiro investido ser uma questão importante à discussão da ética da alocação de recursos, não podemos ficar reduzidos a este aspecto, pelo risco de cairmos na circularidade do argumento. Com relação ao contexto brasileiro, especificamente, é prudente ressaltar que não existem até hoje dados absolutamente seguros sobre os valores totais investidos em saúde no país. No próprio decurso do presente simpósio, por exemplo, estão sendo usados números diversos como sendo os investidos por habitante/ano no Brasil. Esta variação não deve ser interpretada como um deslize dos autores nem tampouco como proveniente de informações oriundas de fontes bibliográficas inseguras, mas como um indício da complexidade da questão e da disparidade de informações fornecidas por diferentes sistemas de informação e organismos públicos nacionais e internacionais.

De qualquer modo, vivemos em um país em que a escassez de recursos é uma realidade, o que torna o valor investido na saúde *per capita* da população muito abaixo do estipulado como necessário pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Este dado será o pano-de-fundo de onde partiremos para refletir sobre a questão bioética sugerida pelo simpósio, ou seja, "como fica a ética frente à escassez?" O que propomos, então, é uma análise

desmonetarizada da questão, considerando que a monetarização é já referência obrigatória. Para tal, teremos que repensar alguns dos pressupostos tradicionais ao pensamento sobre saúde pública no país, ainda mais em tempos em que ética e economia passaram a ser consideradas disciplinas antagônicas (5).

O primeiro e mais importante pressuposto, o do direito à assistência, deve ser substituído. Esta proposta de "substituição", no entanto, deve ser entendida apenas como uma provocação. Pretendemos reforçar a importância de se considerar o direito à saúde primeiramente ao direito à assistência, caso se necessite ordenar prioridades; isso não significa que este último não deva continuar sendo uma bandeira da saúde pública no país. Na prática, o direito à assistência tornou-se uma prerrogativa da cidadania censitária que reina nos países (2). Até mesmo nos países industrializados, contudo, o "poder ser atendido" vem passando a constituir uma possibilidade apenas para aqueles que possuem renda. Por isso, acima da historicidade e da contingência do direito à assistência, deve ser superposta a universalidade do direito à saúde.

Substituir direito à assistência pelo direito à saúde pode parecer aos mais desavisados um mero jogo de palavras, daqueles postos para surtir efeito. Entretanto, se por um lado o direito à saúde toca em questões nodais da justiça social; por outro, o não cumprimento do direito à assistência pode ser visto como mera conseqüência de ineficácias administrativas. Propomos, então, a substituição do direito social pelo direito humano. É somente através da exigência do cumprimento do direito à saúde que iremos enfrentar questões como as apontadas pelo relatório acerca da saúde no mundo. Situações como a de extrema pobreza impedem não apenas o cumprimento do direito social e histórico à assistência mas, principalmente, o cumprimento do direito mais fundamental, que é o direito à vida, através de uma de suas exigências primárias, o direito à saúde.

### **A ética da responsabilidade: individual e pública**

Nos dias atuais, não é mais possível continuar considerando os preceitos e os valores como variáveis de derivação exclusivamente emotiva ou individual; ou como se usava dizer antigamente, de "índole supra-estrutural". As questões éticas \_ em praticamente todos os campos de atividade humana \_ adquiriram conotação pública, deixando de constituir uma questão de consciência individual a ser resolvida na esfera privada e de foro exclusivamente íntimo. Tal enfoque não pretende entrar em choque com o discurso da autonomia. Pelo contrário, procura apenas evitar a conotação maximalista que este importante princípio bioético vem adquirindo nos Estados Unidos onde, com alguma freqüência, é deliberadamente levado em direção à individualidade que, por sua vez, escorrega para o individualismo e termina desaguando em um inevitável egoísmo, muitas vezes incompatível com a implantação de políticas públicas moralmente justas e politicamente equilibradas que visem ao bem comum.

Hans Jonas foi um dos autores que mais se dedicou neste século às questões relacionadas com a ética da responsabilidade. Segundo sua linha de idéias, no que se refere ao campo da ciência, por exemplo, a liberdade de criação e de utilização de novos conhecimentos deve guardar relação com a responsabilidade \_ individual e pública \_ na aplicação das descobertas e em suas conseqüências (6). Trazendo essa reflexão para o campo das ações sanitárias públicas, e mais especificamente para o Sistema Único de Saúde (SUS), que é um dos objetos referenciais do presente simpósio, pouco se tem trabalhado sobre os deveres e as obrigações dos diferentes atores direta ou indiretamente envolvidos nas variadas atividades e escalões que dizem respeito ao adequado funcionamento do Sistema.

Dentro de uma escala de obrigações de complexidade crescente, mas de deveres proporcionais, como se pode mensurar a *ética da responsabilidade individual* (e o nível de comprometimento...) de um simples funcionário administrativo do centro de saúde que trata mal os usuários? Do maqueiro que faz "corpo mole" na portaria do pronto-socorro? Do motorista que alega "desvio de função" ao ser solicitada sua ajuda para acomodar um acidentado na ambulância? Da auxiliar de lavanderia ou de cozinha que descuida dos preceitos indispensáveis de higiene e limpeza? Do médico que atende desleixadamente os doentes? Do político responsável pela adição de "emendas" de seu interesse particular ao orçamento sanitário público? Do burocrata que retarda propositadamente ou por desinteresse a liberação de verbas dramaticamente aguardadas em localidades necessitadas? Do ministro todo-poderoso que se julga o proprietário único da "chave do cofre"? Ou do presidente da República que na prática concreta insiste em não priorizar a saúde dentro das ações políticas do seu governo (7)?

No que se refere à *ética da responsabilidade pública*, um aspecto que não deve ser deixado de lado na reflexão sanitária é aquele que diz respeito à definição das prioridades nos investimentos do Estado, incluindo o estudo da destinação, alocação, distribuição e controle dos recursos financeiros dirigidos ao setor. Diferentemente dos países industrializados, convivemos no Brasil com situações paradoxais que vão desde a insistente presença de doenças comuns às nações mais pobres do planeta (dengue, malária, Chagas, esquistossomose, febre amarela...) até o registro significativo em nossas estatísticas de mortalidade dos problemas comuns aos países mais avançados (câncer, problemas cardiovasculares, acidentes de trânsito, etc.). Com o encarecimento dos meios de diagnóstico e a natural sofisticação tecnológica decorrente do progresso científico, os recursos aplicados em saúde começam a tornar-se insuficientes mesmo nos países ricos do Hemisfério Norte. A discussão sobre "prioridades" começa a

adquirir conotações éticas crescentemente dramáticas. É responsabilidade do Estado e das instituições públicas individualizar soluções morais com as quais se possa enfrentar a escassez, soluções estas que não comportam nem a discriminação injusta nem a tirania de minorias (8). Dentro do contexto brasileiro, "individualizar soluções morais" ou "priorizar recursos públicos" deve significar atenção preferencial à maioria populacional necessitada. Este aspecto, no entanto, que procuraremos analisar a partir da discussão do conceito de *equidade*, será abordado mais adiante.

A questão da alocação e distribuição de recursos em saúde, portanto, adquire cada dia maior importância política e social. Guarda relação direta com a determinação das prioridades de investimento do Estado e quanto ele destinará do seu orçamento global para o setor, uma decisão que é inevitavelmente política (9). Além deste aspecto, devem ainda ser analisados não somente o cumprimento do que a legislação já determina no que se refere aos percentuais destinados à saúde no país, como \_ de acordo com o que já foi dito \_ a prioridade que algumas iniciativas devem receber relativamente a outras.

### **O debate atual nos países industrializados**

Os altos custos dos tratamentos em saúde, que incluem inúmeras provas de laboratório e outros exames delicados e caríssimos, com conseqüente inacessibilidade a crescente número de pessoas, têm levado alguns pesquisadores a levantar inquietantes interrogações sobre o futuro, no que concerne ao enfoque das descobertas como um bem comum ou como um privilégio para poucos. Nesse sentido, Montagnier aponta para uma perspectiva de difícil solução : " A investigação médica nos levará a soluções extraordinárias, mas que serão tão caras que ocasionarão tremendas dívidas sociais. As terapias preventivas que poderão ser aplicadas antes do aparecimento de lesões irreversíveis talvez cheguem a prolongar a vida média por mais vinte anos... Mas as conseqüências sociais desta revolução biológica serão imprevisíveis. É claro que não poderão beneficiar dez bilhões de indivíduos e que os benefícios tocarão somente àqueles que tiverem meios para pagá-los" (10).

A preocupação sobre tal problema cresce em conformidade com o modo como as coisas estão se encaminhando. A impossibilidade de conciliar fins contraditórios entre si \_ como a contenção de custos, a qualidade da assistência, a igualdade ao acesso aos serviços de saúde, a livre escolha de quem presta e de quem recebe o tratamento \_ exige uma reflexão mesmo daquelas pessoas que sempre defenderam o direito à saúde e à prestação de assistência sanitária .

Seja sob o ponto de vista cultural e moral, seja com relação aos seus efeitos práticos, estes direitos constituíram teses vencedoras durante grande parte deste século, onde a teoria do *welfare state* foi tema corrente em diversos países (2). Na Itália, este é o ponto central das discussões sanitárias atuais.

A Alemanha foi um dos únicos países da Europa a conseguir encerrar com saldo positivo seus exercícios econômicos anuais da Previdência e Assistência Social. Mesmo assim porque suas prestações sociais cresceram mais lentamente que o gasto público geral; quando subiu o custo dos atendimentos médicos as cotas previdenciárias mensais também foram ampliadas, não criando problemas para as empresas contribuintes nem para os trabalhadores, evitando-se dessa forma um aumento do déficit público via impostos (11).

Na França, o sistema de saúde está sob tutela do Estado e a seguridade social garante o financiamento da assistência. O seguro-doença cobre 73% da totalidade das despesas e 83% da população conta com uma proteção complementar contra doenças, ficando 18% das despesas a cargo das famílias (12). Atualmente, nada menos que 9,95% das riquezas nacionais francesas são destinadas à saúde, o que significa aproximadamente 12 mil francos anuais por habitante, índice ligeiramente inferior ao dos Estados Unidos. Para restringir a evolução rápida dos custos, a França adotou diversas medidas pouco simpáticas à população: aumento do chamado "tíquete moderador" (o paciente assume uma parte do custo do tratamento), racionalização da oferta, orçamentos globais de financiamento, objetivos anuais quantificados e, recentemente, referências médicas concorrentes (13).

Na Espanha, as discussões vão pelo mesmo caminho, ou seja, os recursos aplicados no setor sanitário são insuficientes para atender uma demanda crescente (pelo aumento da taxa média de vida e o encarecimento dos custos da atenção médica, entre outros fatores). Um respeitado oncologista espanhol publicou uma dramática declaração em julho de 1996, que retrata muito bem a situação: "Não sei se devo tratar um paciente canceroso com acelerador linear (60 dias na lista de espera), com cobaltoterapia (25 dias) ou quimioterapia (4 dias, que é o tempo necessário à obtenção dos resultados dos exames). Que devo fazer com este paciente portador de um tumor profundo: deixar que o tumor cresça durante dois meses à espera de uma tecnologia ótima, fazer um tratamento "não-ótimo" dentro de 25 dias ou outro ainda "menos-ótimo" dentro de 4 dias ?" (11). A dramática confrontação fez com que este profissional questionasse os critérios de prioridade na aplicação dos recursos financeiros em saúde, tentando coordenar o debate entre dois grandes princípios: o da justiça e o da autonomia do doente. Esta realidade, apesar de dura, é menos terrível (se é que pode ser assim catalogada) do que tantos casos que acontecem nos países subdesenvolvidos como o Brasil, onde o paciente, na maior parte das vezes, não tem sequer nenhuma possibilidade, pois simplesmente não existem vagas nos hospitais, as listas de espera estão

congestionadas, faltam médicos, etc., etc.

Nos Estados Unidos, são constantes as críticas ao sistema de atendimento em saúde provenientes de alguns dos seus principais bioeticistas. Lá, onde não existe um sistema nacional de cobertura sanitária universal, o Estado obriga o cidadão a contratar seu seguro com a companhia que lhe parecer mais favorável dentro do sistema de economia de mercado. Estas companhias, para não diminuir seus lucros, acabaram convertendo os médicos em seus próprios agentes: o médico recebe um orçamento anual fixo da seguradora para atender uma determinada quantidade de pacientes; quanto mais economiza, maiores serão seus ganhos, o que, sem dúvida, estimula faltas deontológicas da mais variada gravidade. As necessidades da população pobre e carente, por outro lado, são cobertas com um orçamento que vem anualmente se mostrando insuficiente.

Daniel Callahan, presidente do Hastings Institute (New York), é um crítico constante desta situação, considerando os limites impostos na área de saúde como um "insulto" à medicina e ao inexorável processo de "finitude" humana, processo esse que atualmente pode contar com tantos poderes para minimizá-lo, novas possibilidades, novas esperanças (14). Callahan defende uma saúde pública e universal que lance mão de medidas de racionalização caso os recursos sejam insuficientes. Segundo ele, estas medidas racionalizadoras devem ser debatidas publicamente e claramente definidas pelo governo, ao invés de se aceitar tolerantemente a marginalização dos pobres e a perda de confiança nos médicos que, pelas circunstâncias, se vêem obrigados a participar da chamada "medicina de gestão".

Como se pode perceber, a diferença entre as situações verificadas nos países industrializados e no Brasil é que, nos primeiros, a questão central incide na racionalização de recursos nem tão escassos assim, enquanto em nosso país o tema central da discussão direciona-se obrigatoriamente à inacessibilidade de milhares de cidadãos aos cuidados sanitários mais elementares.

### **A questão da equidade**

Considerando o direito à saúde como o valor-mor do paradigma bioético no contexto da saúde pública no país, de acordo com o já exposto anteriormente neste artigo, passemos para a principal consequência de sua adoção: como cumpri-lo? A colocação em prática de qualquer valor exige a adoção de outros valores que possibilitem o seu norteamento. Na curta história formal da bioética, os valores orientadores da prática vêm recebendo o nome de princípios (basicamente são: não-maleficência, beneficência, autonomia e justiça) e sua tradição é nominada de principialista. Por não ser este o momento nem tampouco a proposta do simpósio, ignoraremos as oportunas críticas à tradição principialista da bioética (15,16,17,18). Fazendo um movimento de continuidade, ou seja, partindo dos quatro princípios e de sua adequação à realidade brasileira, introduziremos a análise de outro princípio, aquele que, em parte, será responsável pela instrumentalização do direito à saúde: a equidade.

O surgimento do debate em torno da equidade é datado, no mundo ocidental, como das últimas duas décadas. Os movimentos sociais, especialmente aqueles que lutam contra a discriminação racial e de gênero, foram seus principais precursores. Infelizmente, o princípio caiu em certo desuso, até mesmo como consequência dos abusos conceituais que sofreu. Recentemente, no entanto, sob outra roupagem, vem sendo reanimado particularmente pelas discussões em saúde, haja vista o recente encontro ocorrido em Genebra (março de 1997), sobre a revisão das metas da OMS acerca da proposta do programa "Saúde para todos no ano 2000". Neste encontro, o conceito de equidade foi retomado com vigor e este substantivo passou a constituir-se na palavra-chave para a saúde neste final de século. Basicamente, equidade significa a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um a partir de suas diferenças (2,19). Ou como dizia Rui Barbosa, em 1921, na Oração aos Moços:

"...A regra da igualdade não consiste senão em quinhoeir desigualmente aos desiguais, na medida em que se desigualem. Nesta desigualdade social, proporcionada à desigualdade natural, é que se acha a verdadeira lei da igualdade. O mais são desvarios da inveja, do orgulho, ou da loucura. Tratar com desigualdade a iguais, ou a desiguais com igualdade, seria desigualdade flagrante, e não igualdade real. Os apetites humanos conceberam inverter a norma universal da criação, pretendendo não dar a cada um na razão do que vale, mas atribuir o mesmo a todos, como se todos se equivalesses..." (20).

A igualdade é a consequência desejada da equidade, sendo esta o ponto de partida para aquela. Ou seja, é somente através do reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos sociais que se pode alcançar a igualdade. A igualdade não é mais um ponto de partida ideológico que tendia a anular as diferenças. A igualdade é o ponto de chegada da justiça social, referencial dos direitos humanos e onde o próximo passo é o reconhecimento da cidadania.

A equidade é, então, a base ética que deve guiar o processo decisório da alocação de recursos. É somente através deste princípio, associado aos princípios da responsabilidade (individual e pública) e da justiça, que conseguiremos fazer valer o valor do direito à saúde. A equidade, ou seja, o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais, é o caminho da ética prática em face da realização dos

direitos humanos universais, entre eles o do direito à vida representado, neste debate, pela possibilidade de acesso à saúde. A equidade é o princípio que permite resolver parte razoável das distorções na distribuição da saúde, ao aumentar as possibilidades de vida de importantes parcelas da população.

Estabelecer prioridades em medicina, uma das questões centrais do debate sobre a ética da alocação de recursos, é hierarquizar as necessidades humanas, cuidando-se, é claro, de evitar cairmos em extremos perversos como os que já vêm ocorrendo em outros lugares, por exemplo, em Oregon, nos Estados Unidos (2). Naquele estado norte-americano, comissões especiais designadas pelo Estado passaram a estabelecer de forma linear as listas de prioridades nos atendimentos médicos, sem o cuidado de contextualizar cada caso ou situação específica \_ fato esse que, em outras circunstâncias, já havia acontecido anteriormente em Seattle, a partir de critérios altamente discutíveis. Os alcoólatras (e doentes, portanto), por exemplo, foram colocados em último lugar nas listas de espera para os transplantes hepáticos.

Todo o procedimento ético implica em escolhas, as quais implicam em seleções de parcelas da humanidade a serem prioritariamente beneficiadas ou não. Não negamos que, apesar de trágica, esta é uma tarefa que deve continuar sendo feita. Nosso objetivo neste breve artigo introdutório foi o de apenas registrar que deve existir uma base ética, e até mesmo moral, de acordo com a qual este exercício econômico e político deva ser conduzido. Seguindo a linha de tolerância e prudência apontada por Berlinguer: "...a reflexão ética obriga-nos a escolher. Obriga-nos a procurar, entre as várias soluções possíveis, quais são aquelas que correspondem não só a critérios de eficiência e de eficácia, ao equilíbrio entre custos e benefícios, mas sobretudo a exigências de prioridade, equidade, moralidade..." (21).

#### **Abstract - Public Health, Bioethics and Equity**

This article suggests the ethical basis on which the bioethics should guide the debate on the distribution of the scarce resources. By analyzing the ethics of individual and public responsibility and by presentening the debate on resources allocation in some industrialized countries, such as Germany, France, Spain and United States, the article defends that the equity principle should be better evaluated by those study bioethics and public health.

#### Referências Bibliográficas

1. Informe sobre la salud en el mundo, 1995: reducir las desigualdades. Foro Mundial de Salud 1995;16:430-40.
2. Berlinguer G. Ética da saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.
3. Berlinguer G. Questões de vida. São Paulo: APCE/Hucitec/CEBES, 1991: 161-80.
4. Gracia D. Que és un sistema justo de servicios de salud? principios para la asignación de recursos escasos. Bol Of Sanit Panam 1990;108:570-85.
5. Pozo PR. Bioética y asignación de recursos en salud. Cuadernos del Programa Regional de Bioética 1995;1:91-106.
6. Jonas H. Il principio responsabilità. Turim: Einaudi Editore, 1990.
7. Garrafa V. Novos paradigmas para a saúde: a ética da responsabilidade individual e pública. In: Primeiro Simpósio Internacional sobre Políticas de Saúde e Financiamento; 1995 Sep. 12; Brasília. Brasília: Câmara dos Deputados, 1995. Mimeo.
8. Harris J. More and better justice. In: Mendus S, Bell M. Philosophy and medical welfare. Cambridge: University Press, 1988: 75-97.
9. Garrafa V. A dimensão da ética em saúde pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública - USP/Kellogg Foundation, 1995: 35-40.
10. Montagnier L. Chi avrà il diritto a essere curato? il mondo fra dieci anni. Roma, 1991. [Entrevista coletiva à imprensa européia]
11. Craven-Bartle J. El médico y el racionamiento de las prestaciones sanitarias. Bioética & Debat (Barcelona) 1996;2(5):01-04.
12. Mengual E. A reforma do sistema de saúde francês. França-Flash Saúde 1997;10:04-06.
13. Duriez M, Sandier S. Le système de santé en France: organisation et fonctionnement. Paris: CREDES/Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, 1996.
14. Callahan D. Porre dei limiti: problemi etici e antropologici. L'Arco di Giano: rivista di medical humanities 1994;4:75-86.
15. Clouse KD, Gert B. A critique of principlism. J Med Philos 1990;15:219-36.
16. Holm S. Not just autonomy: the principles of american biomedical ethics. J Med Ethics 1995;21:332-8.
17. Gracia D. Hard times, hard choices: founding bioethics today. Bioethics 1995;9:192-206.
18. Meslin E, Sutherland H, Lavery V, Till J. Principlism and the ethical appraisal of clinical trials. Bioethics

1995;5:398-418.

19. Bryant J, Khan K, Hyder A. Ethics, equity and renewal of WHO's health-for-all strategy. Genebra, março/1996. Mimeo.
20. Barbosa R. Escritos e discursos seletos. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1995.
21. Berlinguer G. 15 anos errando pela América Latina. *In*: Eibenschutz C, organizanizador. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1996.

Endereço para correspondência:

*Volnei Garrafa*  
*Universidade de Brasília*  
*Caixa Postal 04367*  
*70919-970 Brasília – DF*