

Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a Promoção de Maior Equidade na Política de Saúde

Considerations about the Family Health Program and the Promotion of Greater Equity in Health Care Policy

Maristela Chitto Sisson

Doutora em Ciências (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo, Docente do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul).

Endereço: Travessa Erotides Maria Oliveira, 116, Lagoa da Conceição, Cep 88062-170, Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: mcs@mbox1.ufsc.br

Resumo

Na Constituição Brasileira, a equidade em saúde é tomada como igualdade, garantida pela gratuidade no acesso aos serviços de saúde, o que pressupõe não só uma divisão quantitativa de recursos, mas sua orientação à redução das desigualdades sociais, por meio do modelo assistencial. Nesse sentido, estratégias como o Programa de Saúde da Família têm sido consideradas como implementadoras do acesso ao sistema de saúde. Este estudo tem como objetivo desenvolver uma reflexão sobre equidade e modelo assistencial PSF, através de revisão baseada em autores que discutem o tema. A visão sobre o Programa de Saúde da Família vem mudando com o passar do tempo, desde crítica a seu caráter focalizado até sua consideração como ação afirmativa. Estudos mostram que mudanças no financiamento e no planejamento do sistema aproximaram os municípios e envolveram novos atores no processo, trazendo maior acesso à atenção básica - embora sem influenciar os outros níveis do sistema. Para que o Programa de Saúde da Família assuma caráter de estratégia de inclusão de segmentos populacionais que não têm acesso aos serviços de saúde, deverá realizar-se por meio de sua incorporação a uma política maior, que garanta suporte social, direitos universais e efetiva implementação da política de saúde.

Palavras-chave: Equidade em Saúde; Financiamento em Saúde; Programa Saúde da Família; Políticas de Saúde.

Abstract

In the Brazilian Constitution, equity in health care is considered equality guaranteed by free access to health services. This presupposes not only a quantitative division of resources but that they are steered toward reducing social inequalities through assistance programs. In this context, strategies such as the Family Health Program are understood to have allowed access to the health care system. The relationship between equity and assistance programs like FHP is discussed based in a review of papers by different authors. Opinions about the Family Health Program have changed over time, from criticism for having a narrow focus to being a form of affirmative action. Studies show that changes in the financing and planning of the system have established a close relationship between the participating municipalities and involved new actors in the process. This has brought greater access to basic care, without influencing the other levels of the system. For the Family Health Program to serve as a strategy for the inclusion of population segments that do not have access to health services, it should be incorporated into a broader policy that guarantees social support, universal rights and the effective implementation of the health policy.

Keywords: Equity in Health Care; Financing in The Health Area; Family Health Program; Health Policies.

“Eqüidade é antes de tudo um princípio de justiça social.”
(Whitehead, 1992; Almeida e col., 1999; Travassos, 1997; Senna, 2002).

O termo eqüidade tem sido empregado pela literatura da área da saúde como diferenças consideradas injustas, além de desnecessárias e evitáveis, entre as pessoas ou grupos sociais.

Para a Organização Mundial da Saúde (Whitehead, 1990), eqüidade em saúde implica idealmente que qualquer pessoa possa ter oportunidades justas para alcançar seu completo potencial de saúde e, na prática, que se possam evitar desvantagens no alcance desse potencial.

Injustiças sociais são resultados dos diferentes extratos existentes na sociedade, baseados em relações sociais, em que os diversos indivíduos têm oportunidades distintas de realizar seus interesses materiais. Ao transportamos esses conceitos para analisar as desigualdades existentes no adoecer e no morrer, o reflexo da estrutura social estratificada se reproduz, mostrando o acesso desigual aos recursos materiais de saúde e aos produtos sociais que resultam do uso desses recursos.

Desta forma, a eqüidade em saúde reflete com grande nitidez a eqüidade social. Não é a mesma coisa, porém, que falar de eqüidade nos cuidados ou na utilização dos serviços de saúde. Em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços de saúde é condição importante, porém não suficiente para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e no morrer (Fleury, 2002). Além disso, os diversos grupos sociais apresentam demanda diferenciada aos serviços de saúde, em termos de volume e de tipo de problema. Essas diferenças precisam ser consideradas na programação da oferta de serviços quando se busca construir um sistema de saúde mais equânime.

Mas como construir um sistema de saúde, ou um modelo de assistência à saúde que dê conta disso?

Respostas para essa pergunta não devem resultar em ações padronizadas, pois não existe uma teoria de eqüidade aceita de forma consensual, da qual se possam retirar critérios operacionais. Estes critérios sempre irão depender dos valores predominantes em cada sociedade e em cada momento histórico (Travassos, 1997). A partir daí, diferentes conceitos normativos sobre eqüidade resultarão na construção de formas diversas de organização dos sistemas de saúde.

Com o objetivo de desenvolver uma reflexão entre equidade e modelo assistencial PSF, realizou-se uma revisão baseada em autores que discutem o tema.

Observou-se que ao longo dos anos, a formulação de políticas no setor da saúde voltadas para a equidade tem sofrido mudanças significativas.

O debate conceitual sobre o tema tomou nova força nos anos 1980, no bojo das políticas de reforma. A agenda internacional para a saúde mostrava características neoliberais, com uma tendência para a criação de mercados na assistência e uma ação supletiva e focalizada no Estado, como resposta à crise econômica dos anos 1970 (Almeida, 1996).

Embora diversos países centrais tenham tentado controlar custos instituindo reformas, mantiveram-se as diretrizes de universalização e de financiamento público da saúde (Giovanella, 1998). Há autores, que ao se referir ao impacto das reformas setoriais européias na equidade, apontam que as mais bem-sucedidas foram aquelas que desenvolveram investimentos maiores em mecanismos inovadores de reorganização da oferta, do que as que investiram em formas de privatização da demanda (Saltman, 1997).

Os anos 1990 trouxeram, nos países centrais, reformas dos sistemas nacionais de saúde com conteúdo diverso das anteriores, incorporando três propostas principais: a separação das funções de provisão e financiamento das ações de saúde, a inclusão de mecanismos de mercado por meio da competição administrada, e a ênfase na efetividade clínica (Almeida, 1996). Ainda que em uma nova conjuntura, continuou-se a enfatizar a importância da estratégia de atenção primária como implementadora de acesso aos sistemas.

Em 1992, o Grupo Europeu de Trabalho em Reformas Sanitárias indicava que a maior parte dos países estava de acordo que o princípio da equidade era uma meta importante. Tinha, porém, significado diverso em sistemas diferentes: alguns focalizam suas políticas de equidade no acesso ou na disponibilidade de recursos, outros estavam preocupados em conseguir a equidade nos resultados.

Nos países periféricos, a década de 1990 trouxe uma ampliação do debate sobre as desigualdades em saúde, pela dimensão que tomou a questão das desigualdades sociais em seus territórios (Almeida, 2002). Trouxe também reforço às teorias liberais, nas quais a

responsabilidade do Estado está bastante reduzida e limitada à provisão de um pacote mínimo de cuidados aos pobres. Em 1993, essa proposta se materializou no documento *Investir em Saúde* do Banco Mundial, (1993), que preconizava o Estado como financiador apenas de um conjunto de serviços básicos, que vêm sendo denominados de cesta básica. O Programa de Saúde da Família brasileiro tem sido identificado por muitos, como modelo decorrente dessas concepções: um programa focado na direção da população pobre e de baixa tecnologia.

Na América Latina, o produto das situações de desigualdade social pauta cada vez mais o cotidiano das relações sociais. Administrar os territórios, as cidades, os países, adquire complexidades paradoxais, tornando-se um problema central de governabilidade. Segundo Fleury (2002), esses problemas são decorrentes da convivência contraditória entre um ideário político e jurídico, baseado na igualdade entre os cidadãos, e da existência do maior nível de desigualdade no acesso à distribuição de riquezas e de bens públicos.

Apesar das características desses países, de elevados níveis de desigualdade e exclusão social, atualmente as políticas têm se restringido a alcançar objetivos de forma mais eficiente e efetiva, deixando de lado a avaliação de resultados de uma determinada ação para o conjunto da sociedade (Almeida, 2002). Não se distinguem as diferentes necessidades dos diferentes grupos populacionais, reduziram-se a intervenção estatal e o financiamento público e preconizam-se como mais equitativas as políticas de focalização (nos mais pobres) e de privatização.

Esta situação se reflete também no Brasil, apesar do desenvolvimento de políticas estratégicas efetivas para o sistema de saúde brasileiro, como a descentralização, a municipalização e a participação popular. Essas estratégias podem acabar por se perder se não se qualificarem em relação à sua orientação política e à sua capacidade de gerar uma nova base técnica, capaz de mobilizar e acionar o potencial organizativo da sociedade. Boas políticas públicas terão capacidade de alterar as relações de poder existentes, para que as estruturas burocráticas do estado e as organizações da sociedade se transformem em direção à construção de uma esfera pública democrática (Fleury, 2002).

No caso da Constituição brasileira, a equidade na saúde foi tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde, e seu conceito não está definido claramente na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A universalidade no acesso aos serviços de saúde do SUS, condição fundamental para a equidade, é garantida pela gratuidade dos serviços de saúde, evitando-se, assim, que situações econômicas desvantajosas possam dificultar o seu alcance. Essa igualdade no acesso pressupõe que exista um sistema no qual o setor público tem importante participação e que faça corresponder a distribuição dos serviços de saúde ao perfil de necessidades das populações. Distribuir igualmente, somente levando em conta o quantitativo da população de cada área, na prática, leva à má distribuição e não permite o alcance dos grupos sociais mais vulneráveis.

Dessa forma, fica evidente a importância do desenho do modelo assistencial local para a redução das desigualdades sociais na utilização de serviços de saúde, remetendo a discussão ao modelo do Programa de Saúde da Família (PSF).

O Programa de Saúde da Família alinha-se a um grupo de propostas com características semelhantes que vêm sendo preconizadas, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, notadamente a partir da segunda guerra mundial, por organismos nacionais e internacionais, como “modelos” para reorganização da assistência à saúde. Esses modelos são os da Medicina ou Saúde Comunitária, Medicina ou Atenção Integral à Saúde, Atenção Primária de Saúde e Atenção Básica de Saúde. Ao lado de dimensões “humanistas” “meta relativa ao bem-estar físico, mental e social do ser humano” e de transformação social, associam-se racionalidades econômicas, científicas e técnicas, procurando sustentar sua inserção e articulação às políticas de saúde e aos contextos em que se desenvolvem.

Embora rotulado no primeiro documento veiculado pelo Ministério da Saúde (MS) como “programa”, no segundo documento (Brasil, 1997) é caracterizado como “estratégia” “concebida como uma lógica diferente da intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde”, que visa reverter o modelo vigente por meio da mudança de objeto da atenção, da forma de atuação e da organização dos serviços, com o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo a par-

tir da Atenção Básica e de acordo aos princípios do SUS, imprimindo nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com definição de responsabilidades entre serviços de saúde e população (Brasil, 1997). Nesse documento, houve ênfase na reversão do caráter “focalizador” da atenção no nível primário, por meio da incorporação da concepção do programa como uma estratégia reorientadora.

Vários motivos tornam esse caráter focalizador questão recorrente no debate em torno do tema e uma série de polêmicas envolve a implantação da estratégia: somadas às propostas prescritivas do Banco Mundial para os países em desenvolvimento, ou seja, a focalização da atenção estatal para o segmento pobre da população, a implantação do programa aconteceu em um contexto de restrição e racionalização dos gastos em saúde, no bojo da crise dos anos 1990. Originalmente, baseou-se nas áreas de risco priorizadas segundo o Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e, ainda, propôs fortalecer a atenção básica de saúde, justamente o nível de atenção a que se reduz a atuação do Estado, na proposta neoliberal.

Nas regiões com menor cobertura assistencial e populações pobres, em função do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e PSF terem sido considerados alternativas decisivas na atenção à saúde, se fez mais acirrada a crítica sobre as características de atuação focalizada dos programas, acusados de romper princípios assegurados na Constituição Federal (saúde como direito de todos). Nas cidades de médio e grande porte, a polêmica girou em torno à inserção do programa em uma conjuntura de articulações, financiamentos e configurações muito complexas do sistema de saúde, inviabilizando uma substituição maciça. Outros questionamentos existentes, dizem respeito a sua viabilidade na atual composição da força de trabalho do setor, ou assumem um cunho corporativo, como na enfermagem. Há também uma discussão importante de caráter mais geral sobre a possibilidade real de um programa, de forma isolada, conseguir suplantiar todas as contradições, dificuldades e limitações da atenção à saúde, estabelecidas na conformação de processos históricos muito amplos e complexos (Jatene e col., 2000).

Ao se considerar o que é socialmente injusto, refere-se a diferenças éticas, morais e políticas indesejáveis, que também poderão sofrer intervenções das

políticas dos diferentes setores, inclusive o de saúde. Nesse contexto, alguns autores (Rawls, 1997; Senna, 2002) afirmam que a focalização pode adquirir sentido de ação afirmativa ou discriminação positiva. Fala-se aqui de ampliar, por meio do impacto exercido pela ação política, quando definidas prioridades de atenção à saúde, o acesso econômico, social e cultural daqueles segmentos mais vulneráveis da população.

Estará presente, porém, nesse tipo de estratégia, o grande desafio de não se reduzirem direitos sociais, definindo prioridades que possam diminuí-los (como a cesta básica) e também o desafio de implementar a transição do processo para uma situação de universalidade de acesso com base em necessidades.

Nessa perspectiva, a discussão em torno ao PSF e a promoção de maior equidade da política de saúde, em que pese o contexto e a forma de implantação do Programa, em face das grandes heterogeneidades regionais, sociais, econômicas políticas e administrativas que caracterizam a história brasileira, também tem recebido apoio, pois nesse sentido a focalização assume caráter de inclusão de grandes grupos populacionais que se encontram fora do acesso a um mínimo de garantias sociais.

Além disso, do ponto de vista do financiamento da saúde, outra perspectiva vem sendo colocada (Senna, 2002; Draibe, 1999): mais do que insuficiência de recursos, o que caracteriza a ação governamental no Brasil é a má distribuição dos recursos existentes, que logram não alcançar as populações mais vulneráveis. Nesse sentido, a focalização das políticas sociais nestes segmentos sociais é defendida como forma de promover o acesso desses setores aos programas e serviços sociais (Senna, 2002).

Ainda que os valores relativos às metas financeiras do programa possam ser considerados baixos, se comparados aos gastos do setor privado ou mesmo de outros países, é o maior investimento do Ministério da Saúde ao longo dos anos para a Atenção Básica, e o que mais cresce; o mesmo acontecendo em algumas secretarias estaduais e municipais de saúde.

Segundo Fleury (2002), em sociedades nas quais a cidadania, como dimensão igualitária e cívica, não foi generalizada, existindo grandes desigualdades e ex-

clusão social, torna-se fundamental o papel do Estado como indutor de processos sociais que promovam condições de inovação e inclusão social.

Políticas sociais inovadoras, que favorecem a construção de uma esfera pública democrática e emancipatória, são compostas de elementos que alavancam processos desse tipo, como por exemplo, “a criação de espaços públicos de representação e negociação, como os Conselhos Locais de Saúde; a institucionalização da liderança carismática por meio de processos inovadores de trabalho, envolvendo construção de equipes e reconfiguração da divisão técnica e social do trabalho; mecanismos de transmissão do saber técnico à comunidade e às instituições locais, ao mesmo tempo em que se propicia a valorização do saber ali existente; a reconstrução das identidades coletivas de todos os atores envolvidos em um processo que pressupõe a alteridade”¹.

A presença desses elementos na implementação de uma política pública pode monitorar seu grau de inovação social. Vejamos, então, sua presença em algumas experiências:

Vianna e Dal Poz (1998), ao estudar cinco experiências de PSF em diversas regiões do Brasil, referem-se à questão da focalização dentro do universalismo como uma possibilidade não necessariamente conflituosa, pois segundo afirmam, a implantação do programa em nível nacional se deu em momento de vazio programático para a questão assistencial no SUS. Sugerem também que o PSF se revelou um instrumento de reestruturação do SUS ao auxiliar a Norma Operacional Básica-1993 (NOB-93) e a NOB-96; contribuiu para melhorar o controle social e constituiu-se em força de pressão sobre o modelo tradicional.

Em pesquisa desenvolvida quando da implantação do PSF no Programa Docente Assistencial de Florianópolis (Sisson, 2002), gestores corroboraram com o encontrado por Vianna e Dal Poz, ao avaliarem como importante a interação entre o processo de municipalização, as Normas Operacionais Básicas e o PSF. Nesse sentido, os aspectos mais significativos desta nova racionalidade, para Florianópolis, foram mudanças no financiamento, garantidas por meio de normas legais e financeiras do Sistema Único de Saúde, via municí-

1 FLEURY, S. Trabalho apresentado no Terceiro Foro Interamericano de Liderazgo en Salud, patrocinado pelo Banco Interamericano de Desarrollo e Fundación Mexicana de Salud, e organizado pelo CLAEH e ISALUD, em Buenos Aires, em 16 e 17 de dezembro, 2002.

pios, e no planejamento do sistema, que aproximava os municípios e envolvia novos atores no processo. Além disso, gestores e profissionais das equipes entrevistados apontaram que o PSF melhorou o acesso da população ao sistema de saúde, promovendo a inclusão de segmentos da classe média de alguns bairros ao sistema e implementando o acesso de camadas de população de baixa renda com as ações de territorialização e os agentes comunitários de saúde. Indiretamente, proporcionou certa igualdade na efetividade dos serviços, ao promover uma qualificação das práticas baseada em um conjunto novo de valores, finalidades e sentidos, que avaliados do ponto de vista da realização de resultados na direção efetiva dos usuários, aproximam o biológico do subjetivo, ampliando o objeto de trabalho e podendo influenciar na configuração das identidades profissionais da equipe de saúde: a organização tecnológica do trabalho foi vista como indutora de novas identidades profissionais, sob certas condições.

Entretanto, segundo os entrevistados, esses avanços não modificaram as relações dos profissionais com o sistema de saúde, incluindo os meios de trabalho que utilizam para operá-lo (Sisson, 2002). Poucos foram também os avanços em termos de modificações nas relações de poder dentro da equipe, mas uma integração maior entre os membros da equipe de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, foi reconhecida como facilitada pela implantação do PSF.

O Programa foi considerado, ainda, incapaz de alterar ou influenciar outros níveis de atenção do sistema de saúde. Deficiências e limitações da política setorial e do sistema de saúde na sua totalidade mostram a necessidade de legitimação do PSF também nas demais instâncias da saúde e no desenvolvimento de aspectos que possam garantir sua sustentabilidade continuada.

Em cômputo geral, colocam-se, então, alguns elementos que apontam o PSF como política inovadora, e, portanto, em algumas experiências, indutor de processos sociais que visam diminuir as desigualdades sociais, mas se evidenciam, por outro lado, insuficiências. Mesmo com algumas mudanças efetuadas, essas intervenções ficaram restritas ao nível da atenção básica.

No nível operacional, o desenvolvimento das relações interníveis de atenção, o diálogo com a atenção

hospitalar e especializada e com outras políticas setoriais têm sido apontados como fundamentais para a continuidade do programa e para assegurar a igualdade de acesso ao sistema (Sisson, 2002).

Consideradas essas dimensões, almejar a equidade dentro do sistema de saúde nos remete necessariamente a uma política mais ampla, ou seja, torna-se fundamental que mesmo ações “focais” estejam incorporadas a uma política maior, que garanta suporte social e direitos universais. O PSF, nesse sentido, não se encontra isolado, pois participa de uma série de medidas de reforma do setor para o SUS, sofrendo os impasses de sua implementação (Senna, 2002).

Assim, para que o Programa de Saúde da Família assumira caráter de estratégia de inclusão de segmentos populacionais que não têm acesso aos serviços de saúde, deverá se realizar por meio da efetiva implementação da política de saúde, materializada, então, por um conjunto de condições: maior disponibilidade de recursos financeiros para o setor saúde com uso mais efetivo dos já existentes, implementação de uma política redistributiva na alocação de recursos entre esferas de governo e organização da rede local de serviços de saúde voltada para garantir a universalidade no acesso a eles, por meio da melhor distribuição espacial desses serviços e adequação da oferta às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

Torna-se imperativo, portanto, manter a vinculação dos recursos públicos destinados à saúde, respeitando a Emenda Constitucional 29 e sua regulamentação, que garante recursos estáveis, seguros e definitivos para o SUS, direcionando a alocação, a distribuição e o controle desses recursos, que realizados de acordo com as necessidades de saúde da população e com os princípios e diretrizes da Universalidade, Equidade e Integralidade, poderá prover o direito social à saúde.

Referências

- ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. S23-S36, 2002. Suplemento.
- ALMEIDA, C. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 3-53, 1996.

- ALMEIDA, C. et al. A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade. Washington, DC: OPS, 1999. (Tecnical Papers, 17).
- BANCO MUNDIAL. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Madrid: Mundi-Prensa Libros, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial Saúde*. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde Comunitária, 1997.
- DRAIBE, S. As políticas sociais nos anos 1990. In: BAUMANN, R. (Org.). *Brasil, uma década de transição*. Rio de Janeiro: Campus: Comisión Económica para América latina y el Caribe, 1999. p. 101-142.
- FLEURY, S. *Governabilidade e cidadania para a equidade em saúde*. Trabalho apresentado no Tercer Foro Interamericano de Liderazgo de Salud, Buenos Aires, 2002. Disponível em: <<http://www.equidadensalud.org/foroliderazgo/archivos/fleury.pdf>>. Acesso em set. 2006.
- GIOVANELLA, L. *Entre a solidariedade e subsidiariedade: políticas de contenção no seguro social de doença alemão: a terceira etapa da reforma de saúde*. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde, Rio de Janeiro, 1998.
- JATENE, A. D. et al. *Primeiro relatório técnico científico - novos modelos de assistência à saúde: avaliação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo*. São Paulo: FAPESP, 2000.
- RAWLS, J. *Uma Teoria da Justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- SALTMAN, R. B. Equity and distributive justice in European health care reform. *International Journal of Health Services*, New York, v. 27, n. 3, p. 443-453, 1997.
- SENNA, M. C. M. Equidade e políticas de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. S203-S211, 2002. Suplemento.
- SISSON, M. C. *Avaliação da implantação do Programa de Saúde da Família no Programa Docente-Assistencial de Florianópolis*. 2002. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, abr./jun. 1997.
- VIANNA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.
- WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, New York, v. 22, p. 429-445, 1992.
- WHITEHEAD M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization; 1990.

Recebido em: 09/10/2006

Reapresentado em: 17/05/2007

Aprovado em: 20/06/2007