

Determinação de prioridades na alocação de recursos para a assistência à saúde: um desafio contemporâneo para o setor saúde*

Marco Akerman**

Sumário: 1. Introdução; 2. Contexto internacional e nacional para a determinação de prioridades; 3. Tentativas de aprimoramento dos serviços: algumas limitações; 4. Algumas experiências internacionais para a determinação de prioridades; 5. Considerações metodológicas para a determinação de prioridades na alocação de recursos para a assistência à saúde; 6. Conclusão.

Palavras-chave: prioridades em saúde; alta complexidade; transição epidemiológica; transição demográfica; garantia da qualidade.

Necessidade de reversão do quadro de desperdício dos recursos do setor saúde. Definição de prioridades. Contextualização do problema na sua dimensão nacional e internacional. Gestão da qualidade como tentativa de aprimoramento do processo de produção de serviços. Experiências para a determinação de prioridades na atenção à saúde. Abordagens metodológicas que devem ser consideradas para a determinação de prioridades na atenção à saúde.

Setting priorities for the allocation of resources to health care

In Brazil, as in developed countries, significant portion of resources directed to the health sector is spent with the inefficient and powerful high technology practice. Moreover, there are evidences that indicate increasing cost trends coupled with cost containment caused by economic recession. This paper urges for the need to change this picture through a systematic process of setting priorities, where society chooses by transparent methods which health service it wishes and what to expect from these services in terms of outcomes. Initially, we present the subject in its national and international dimension. We show that the exclusive use of quality assurance methods to improve process production in health care is limited. Current experiences being used to set priorities are explored. Finally, we raise methodological concerns for setting priorities.

1. Introdução

Ao apagar das luzes do século XX, os desafios se acumulam no horizonte. A “nova ordem mundial” articula-se, excluindo mais uma vez os espaços mundiais menos afortunados (*The Economist*, 1994). A xenofobia cresce e os movimentos

* Artigo recebido em ago. e aceito em nov. 1994.

** PhD pela Universidade de Londres — London University College. Área de concentração: avaliação de serviços de saúde. (Endereço: Cedec — R. Airoso Galvão, 64 — São Paulo — SP — 05002-070.)

nacionalistas ganham força ameaçadora (Enzensberger, 1993), ceifando vidas e dividindo espaços territoriais. O desemprego aumenta de forma assustadora, alcançando 35 milhões de pessoas nos 24 países mais ricos do mundo. A fome se alastra.

Decreta-se, a cada dia, a falência da noção de coletivo. A ofensiva neoliberal transforma o direito coletivo de cidadania em caridade individual, e o conceito de qualidade de vida se equipara a consumo (Buarque, 1993). O projeto Genoma anuncia a cada dia suas conquistas pontuais, individualizando características como, por exemplo, a agressividade, a homossexualidade e a esquizofrenia, anteriormente entendidas como socialmente determinadas. E já se anuncia que o bisturi será substituído por seringas com anticorpos monoclonais (Varella, 1993).

Parece que os desejos e os defeitos dos indivíduos iniciam sua escalada de triunfos sobre os desejos e os defeitos do coletivo. Caracteriza-se, então, um importante desafio contemporâneo a ser enfrentado: a falta de uma vontade coletiva, de resgate do bem-estar social.

Indubitavelmente essa limitação contemporânea cria obstáculos à superação de quaisquer desafios do setor saúde, enraizados que estão nas formas coletivas de organização social. E esses desafios são muitos.

J. P. Jardele, assistente do diretor-geral da OMS, em conferência proferida na London School of Hygiene and Tropical Medicine, em março de 1991, vislumbrou um cenário para a última década do século. Inicialmente, chamou a atenção para os principais problemas em ascensão — Aids, malária, câncer, doenças mentais e causas externas — para, em seguida, nomear os seis maiores desafios a serem enfrentados:

- a) *redução das desigualdades sociais*, orientando-se a alocação de recursos para as populações mais carentes;
- b) *melhoria da infra-estrutura* (área física, pessoal e equipamentos) dos serviços de saúde públicos, filantrópicos e privados;
- c) *geração de recursos suficientes para a saúde*;
- d) *promoção de estilos de vida mais saudáveis*, principalmente em relação ao consumo de tabaco, álcool e drogas, e à prevenção de acidentes e Aids.
- e) *incorporação das demandas na área de saúde que afetam o meio ambiente (água e esgoto) ao movimento ecológico mais global*;
- f) *adaptação dinâmica na localização e no tipo dos serviços oferecidos*, em função das mudanças no perfil demográfico e nos padrões de morbi-mortalidade, e também da migração e da crescente urbanização.

Não se pretende aprofundar aqui todos os seis desafios mencionados, nem hierarquizá-los em termos de importância. Chama-se a atenção, entretanto, para o terceiro desafio, “geração de recursos suficientes para a saúde”.

Tal ação pressupõe o uso dos recursos existentes, de forma ética, privilegiando-se os procedimentos mais efetivos e de menores custos sociais e financeiros. Há que se ter um melhor balanceamento do custeio entre alta tecnologia para poucos e intervenções mais efetivas para muitos.

No entanto, é justamente o contrário que vem acontecendo, tanto no Brasil como nos países centrais, onde significativa parcela dos recursos destinados ao setor saúde está escoando pelo ralo da ineficiente e poderosa prática médica de alta complexidade, havendo tendências que indicam aumento desses custos. Em contraposição, a crise econômica vem afetando intensamente o setor saúde, e os recursos decrescem ano a ano.

Daí a necessidade de reverter esse quadro definindo-se claramente as prioridades; que serviços de saúde deseja a sociedade e o que ela espera desses serviços em termos de resultados? Eis aí um desafio contemporâneo do setor saúde: *a determinação de prioridades na alocação de recursos para a assistência à saúde.*

Inicialmente, insere-se o problema no seu contexto nacional e internacional. Discute-se a gestão da qualidade que vem sendo adotada pelo complexo médico-hospitalar, na tentativa de aprimorar o processo de produção de serviços, e mostram-se as suas limitações. Apresentam-se algumas experiências para a determinação de prioridades na área de saúde e, para finalizar, apresentam-se algumas abordagens metodológicas que devem ser consideradas para a determinação dessas prioridades.

2. Contexto internacional e nacional para a determinação de prioridades

A explosão dos custos com assistência médica, associada a previsões econômicas pessimistas, tem levado vários governos centrais a adotarem medidas de restrição e controle nos seus sistemas de saúde (Ham, 1993; Kitzhaber, 1993; Mason et alii, 1993; Mugford, 1993; Willians & Frankel, 1993). No Brasil, o pessimismo na economia é uma realidade há pelo menos 12 anos, e as restrições para o setor saúde são uma rotina já estabelecida (Medici, 1993). No Brasil, além desses fatores, estima-se que há um desperdício de 30 — 40% dos recursos públicos alocados nos serviços governamentais e contratados (Santos et alii, 1991).

A distribuição de recursos entre diferentes áreas da assistência à saúde no Brasil compromete um dos princípios básicos do SUS: a equidade. Senão vejamos: em 1989 foram destinados US\$755,80 *per capita* ao subsistema de alto custo, e apenas US\$44 ao subsistema público (Mendes, 1993). Em termos relativos, apenas duas especialidades — nefrologia e oncologia — consomem, em média, 30% do gasto ambulatorial total com procedimentos de alta complexidade

(Akerman, 1994), mas essas áreas de serviços absolutamente não representam a necessidade da maioria da população brasileira.

Essas características também se repetem em diversos municípios, deixando perplexas suas administrações municipais. A título de exemplo, Itabira (MG) despende 42% do seu recurso ambulatorial com apenas 60 pessoas — menos de 1% de sua população — em tratamento dialítico (dados obtidos através de comunicação pessoal).

Além disso, a mudança do perfil da morbi-mortalidade no Brasil, onde as doenças crônico-degenerativas passam a predominar, e as projeções para o próximo milênio, indicando que os idosos passarão a representar um segmento importante da população brasileira, devem aumentar as pressões sobre os serviços de alta complexidade (Barreto et alii, 1993).

Entretanto há evidências, na literatura internacional, do pequeno impacto na promoção da saúde e da vida exercido pela dispendiosa tecnologia médica utilizada. Por exemplo, trabalhos americanos mostram que muitas intervenções para tratamento de pacientes cancerosos produzem resultados insignificantes ou até nenhum resultado. Mesmo os casos de sucesso, como o tratamento de câncer testicular, doença de Hodgkin's em jovens e leucemias linfocíticas agudas em crianças, representam apenas 8% da incidência total do câncer (McKinlay et alii, 1989).

As unidades coronarianas e as cirurgias de artérias coronarianas têm tido impacto insignificante na recente redução da mortalidade por doenças cardíacas nos EUA. Essas unidades demonstram sucesso apenas na detecção e no tratamento de arritmias fatais, que são muito raras, já que apenas 5% das vítimas de infarto agudo do miocárdio chegam a desenvolvê-las (McKinlay et alii, 1989).

Por outro lado, se a expectativa de vida nos países centrais vem aumentando, isso também tem seu ônus, pois, na maioria das vezes, vem acompanhado do aumento do número de anos de incapacidade física (McKinlay et alii, 1989; Barreto et alii, 1993).

A declaração de um médico americano, num documentário sobre aspectos da tecnologia médica, ilustra esse fato: “enquanto a medicina tenta superar a imperfeição humana, a sociedade vai pagando os custos dessa pretensão”. E isso não é mera retórica. Nos EUA, metade do recurso do Medicare é gasto nos últimos meses de vida, e mais de 50% dos custos das unidades de terapia intensiva são gastos com pacientes que, sabe-se de antemão, não sobreviverão (Kitzhaber, 1993). Isso vem gerando apelos para que o controle do progresso médico seja uma forma de tornar a medicina mais acessível (Callahan, 1990).

Algumas questões devem ser colocadas. Estaria o pequeno impacto dessas intervenções associado a problemas relativos ao seu processo de produção? A implantação de processos de aprimoramento da qualidade na execução desses procedimentos poderia aumentar esse impacto? Não estaria esse pequeno impacto ligado à limitação da tecnologia no ato de restaurar a vida?

3. Tentativas de aprimoramento dos serviços: algumas limitações

Iniciativas de inovação técnica, como gestão da qualidade, são apontadas como instrumentos eficazes para o aprimoramento de produtos industriais e o fornecimento de serviços (Donabedian, 1966, 1977, 1988; Campos, 1992; Levitt, 1977).

A gestão da qualidade na indústria é entendida como uma avaliação contínua do processo produtivo para se precaver de erros que porventura venham a causar danos irreparáveis no produto. O objetivo final seria alcançar a perfeição máxima na direção do defeito zero (Campos, 1992; Azevedo, 1992).

Isso na área da saúde tem os seus complicadores, pois a implantação pura e simples desse tipo de inovação, pela qual apenas o processo de produção é aprimorado, talvez não seja suficiente para iniciarmos algo novo. Há que se pensar numa mudança cultural na direção do serviço de saúde que a sociedade deseja e está preparada para financiar (Kaluzny et alii, 1992). Em outras palavras, quais são os processos de produção que estamos interessados em aprimorar e quais desejamos descartar.

Por exemplo, de que nos adianta uma máquina de raios-X convencional, ou mesmo de última geração, produzindo impecáveis chapas, livres de defeitos de revelação, se nesse mesmo serviço essa máquina produz uma alta percentagem de chapas normais, que podem ser um indicador de pedidos desnecessários? (Goldberg, 1977). O que queremos dizer é que a intervenção na cultura do processo de produção de pedidos de exames radiológicos talvez seja mais relevante que o aprimoramento na produção das chapas de raios-X na direção do defeito zero.

Outro exemplo advém de um laboratório clínico, onde há rigoroso controle de qualidade dos exames feitos. O patologista-chefe nos informou que a maioria dos exames que dá entrada no seu laboratório tem resultados normais. Logo, entre esses exames deve haver uma cota respeitável de pedidos desnecessários. O rigoroso controle de qualidade desse laboratório faz seus proprietários dormirem tranqüilos, mas é incapaz de equacionar o custo social de solicitarem-se tantos exames desnecessários.

E aqui não estamos diferenciando o público do privado. Entendemos que as reclamações das companhias de seguro quanto às altas taxas de tomografias computadorizadas normais implicam não somente perda de lucratividade para essas empresas, mas também ônus para toda a sociedade. Está na hora de introduzir nas discussões o conceito de gasto social em saúde. Ou, em outras palavras, a conscientização de que o custo envolvido em determinada atividade estaria sacrificando o investimento em outra área que poderia trazer maiores benefícios (Mills & Gilson, 1988).

Exemplificando, trabalho recente feito no Nordeste do Brasil demonstrou que 57,5% de óbitos masculinos e 42,4% de femininos poderiam ser evitados se houvesse uma política de saúde com prioridades diferentes da atual (Silva, 1990). E dados norte-americanos mostram que os programas de saúde coletiva

efetivos podem salvar 600 mil vidas por ano e economizar US\$5 bilhões em custos médicos diretos (McKinlay et alii, 1989).

Outro exemplo: recentemente visitou-se uma indústria responsável pela fabricação de bolsas para diálise peritonial, onde todo o processo de gerenciamento da produção se dá através da qualidade total. Soube-se que toda a produção é custeada com dinheiro público, que paga as bolsas para 2 mil pacientes em todo o Brasil, no valor aproximado de US\$40 milhões. Essa indústria vem reduzindo o número de bolsas defeituosas produzidas em cada milhão desde a implantação da qualidade total, mas pode-se afirmar que, em nenhum momento, parou para pensar que, nos seus 10 anos de existência, quase 8 mil pacientes constaram de seus arquivos e que hoje apenas 2 mil são seus clientes.

Onde estariam os outros 6 mil? Alguns tiveram a ventura do transplante, outros se transferiram para a hemodiálise, uns poucos passaram a usar bolsas dos concorrentes, mas muitos faleceram. Sabe-se que esse é um ponto polêmico, mas vale a pena levantá-lo. De posse de todos os dados relativos a essa terapêutica e seus benefícios, estaria a sociedade interessada em financiar fábricas desse tipo, apesar de todo o esforço para se alcançar o defeito zero na sua linha de produção?

A sociedade precisa perguntar-se quais os resultados que espera dos serviços de saúde. É preciso buscar elementos que possam subsidiar a inclusão e/ou o descarte de serviços e procedimentos. Por descartar entende-se interromper o financiamento público de um determinado serviço ou procedimento e, em sentido mais restrito, até descredenciar serviços que não atendam aos padrões e critérios de boa prática previamente estabelecidos.

4. Algumas experiências internacionais para a determinação de prioridades

Experiências pioneiras, como no estado de Oregon, nos EUA (Kitzhaber, 1993), e em seis distritos sanitários ingleses (Ham, 1993), lançaram mão de mecanismos de ampla consulta pública pelos quais a população, munida de indicadores de custos, efetividade, equidade e aceitabilidade apresentados *a priori*, decide quais serviços e tratamentos deverão ser priorizados e pagos com recursos públicos.

Na Inglaterra, onde se exercitou o método da consulta pública, mas sem obrigações decisórias imediatas, encontraram-se diferenças significativas na ordem de prioridade dada pela população e os médicos aos 16 serviços previamente selecionados. Observaram-se diferenças importantes entre os médicos de hospital, os clínicos gerais (GPs) e os sanitaristas na definição da ordem de prioridades. Embora essa experiência tenha sido um exercício meramente metodológico, demonstra que a definição de prioridades para os serviços de saúde tornou-se uma atividade explícita naquele país.

Quanto à experiência norte-americana, os resultados obtidos pela consulta pública foram adotados pelas autoridades locais e tornaram-se as prioridades a

serem financiadas no estado de Oregon. A lista das intervenções, classificadas por ordem de menor importância, podem ser resumidas em a) intervenções em quadros agudos em que a morte pode ser evitada, conduzindo à recuperação total (por exemplo apendicite); b) cuidados obstétricos; c) intervenções em quadros agudos em que a morte pode ser evitada, mas não se alcança a recuperação total (traumatismo craniano com prolongada perda de consciência); d) cuidados preventivos na infância (vacinação); e) condições crônicas em que o tratamento melhora a qualidade de vida (diabetes); f) acompanhamento de pacientes terminais.

Além disso, definiu-se um pacote de cuidado básico a que todos teriam direito, o qual incluiu consulta para exame e diagnóstico; todos os exames laboratoriais preventivos e de rastreamento; serviços odontológicos; todos os transplantes; fisioterapia e terapia ocupacional (Kitzhaber, 1993; Hadorn, 1991).

A consulta pública para definição de prioridades na assistência à saúde não obteve até agora unanimidade na literatura internacional. Stevenson (1991) discute essa estratégia dentro da polarização “sonho dos economistas ou pesadelo stalinista?”, enquanto Grannemann (1991) identifica na consulta pública alguns méritos, uma vez que ela reúne informação sobre efetividade dos procedimentos médicos, custo dos serviços e valores sociais no processo de decisão para a alocação de recursos.

Willians e Frankel (1993) contribuem para esse debate afirmando que a grande inovação do momento é a passagem do estágio de racionalização implícita na área da saúde para uma arena onde as prioridades passam a ser definidas de forma explícita. Para isso, a literatura da área propõe a aplicação de princípios para análise e decisão que favoreçam esses esforços, no sentido de dar prioridade àqueles serviços que produzam os resultados e impactos desejados (Hadorn, 1992).

5. Considerações metodológicas para a determinação de prioridades na alocação de recursos para a assistência à saúde

O primeiro passo para a definição de prioridades deve ser a elaboração de um arcabouço conceitual multidisciplinar — com o aporte de campos do conhecimento como ética, filosofia, sociologia, ciência política, economia e direito — o qual oriente a determinação dessas prioridades.

A literatura discute a determinação de prioridades levando em conta apenas enfoques unidisciplinares. Coote (1993) enfatiza em seu artigo apenas o aspecto político da participação do público em decisões sobre os cuidados de saúde, enquanto Doyal (1993) não reconhece o papel do público nessa arena e diz que a determinação de prioridades deve dar-se apenas na medida de suas necessidades.

A metodologia QALY, um instrumento de filosofia unitária (Bartley, 1993), não considera aspectos de direito e tende a privilegiar o tratamento daqueles que obterão maiores ganhos. Por exemplo, ante a decisão de prover tratamento dialítico para uma mulher jovem, mãe de uma criança, ou para um idoso vivendo so-

zinho, a metodologia QALY daria prioridade à mulher jovem. Cabe uma advertência: responder à pergunta “quem deve viver?” não é tarefa das mais simples.

Hadorn (1992) chama a atenção para o risco de adoção de metodologias que privilegiem o ganho utilitário, pois os deficientes físicos e mentais poderiam ser discriminados nesse processo.

O segundo passo seria a definição da metodologia que auxiliasse o processo de determinação das prioridades, analisando-a criticamente a partir dos seguintes pontos:

a) atributo(s) enfatizado(s) na determinação de prioridades — equidade, necessidade, eficiência, efetividade, eficácia, acesso, custo, composição tecnológica, entre outros;

b) instrumentos de mensuração utilizados e comprovação de sua validade e confiabilidade;

c) se a metodologia definida já foi aplicada anteriormente em algum serviço de saúde, e se foi capaz de produzir mudanças nas políticas então vigentes naquele serviço;

d) a possibilidade de incorporação, pela metodologia, da dimensão cultural de valores relativos à saúde na realidade em questão;

e) compatibilidade do custo envolvido na aplicação da metodologia na realidade considerada.

A metodologia considerada apropriada — levando-se em conta o arcabouço conceitual definido e as características técnicas, culturais e de custos — poderá servir de base para o desenho de um protocolo geral para a determinação de prioridades na alocação de recursos para a assistência à saúde.

6. Conclusão

Definir prioridades não deve ser visto como um objetivo em si mesmo. Granemann (1991) lembra que a qualidade do cuidado oferecido depende mais da forma de organização do serviço do que da lista de prioridades definida para um determinado serviço. Em outras palavras, é uma tarefa mais política do que científica traduzir em prática cotidiana as prioridades definidas através de investigações que atestam a efetividade de procedimentos e serviços.

Há também outras ações que devem ser desenvolvidas paralelamente a um processo de definição de prioridades, tais como: intervenções na estrutura cartelizada de produção de equipamentos e medicamentos; um processo sistemático de avaliação das ditas inovações tecnológicas; uma ação contumaz em educação pú-

blica e entre os profissionais, procurando mostrar a modesta contribuição de medidas eminentemente médicas para a redução dos níveis de mortalidade, em contraposição às ações públicas de promoção da saúde (McKinlay et alii, 1989).

Nesses tempos de crise política, econômica e fiscal, em que os recursos para o setor saúde decrescem ano a ano, definir prioridades torna-se uma luta política. Os atores tradicionais no palco da saúde, corporação médica, empresários e multinacionais estão organizados e bem representados nas estruturas do poder e da mídia. Seus interesses estão voltados principalmente para o campo das intervenções biológicas, através de processos tecnológicos avançados, e inegavelmente eles têm atingido seus objetivos.

Se a sociedade continuar considerando que as intervenções médicas são vagarosas, mas estão efetivamente eliminando uma doença após a outra, é provável que se tenha poucos compromissos com mudanças sociais e haja até mesmo resistência a um reordenamento das prioridades sociais (McKinlay et alii, 1989).

Referências bibliográficas

- Akerfman, M. Brazil, where is your social development? *The Health Exchange*, London, 1:8, 1994.
- Azevedo, A. C. O futuro dos hospitais e a gestão da qualidade. *Revista Paulista de Hospitais*, São Paulo, 40(5/12):53-9, 1992.
- Barreto, M. L.; Carmo, E. H. et alii. Mudanças dos padrões de morbi-mortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas. *Physis*, Rio de Janeiro, 3(1):127-45, 1993.
- Bartley, M. Editorial. *Critical Public Health*, London, 4:3-6, 1993.
- Buarque, C. Qualidade de vida: a modernização da utopia. *Lua Nova*, São Paulo, 31:157-65, 1993.
- Callahan, D. Rationing medical progress: the way to affordable health care. *New England Journal of Medicine*, Boston, 322:1.810-3, 1990.
- Campos, V. F. *TQC: controle da qualidade total (no estilo japonês)*. Belo Horizonte, Fundação Christiano Ottoni, 1992. 220p.
- Coote, A. Public participation in decision about health care. *Critical Public Health*, London, 4:36-48, 1993.
- Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44: 166-206, 1966.
- . Evaluating the quality of medical care. In: Ertel, P. Y. & Aldridge, M. G. (eds). *Medical Peer Review*, Saint Louis, C. V. Mosby, 1977. 421p.
- . The quality of care: how can it be assessed. *JAMA*, 260(12):1.743-8, 1988.
- Doyal, L. The role of the public in health care rationing. *Critical Public Health*, London, 4:49-54, 1993.

- Enzensberger, H. M. O vagão humano. In: *Veja: reflexões para o futuro*, 1993. p. 90-107.
- Goldberg, B. Department of inappropriate investigations. *British Medical Journal*, London, 2: 1.274-5, 1977.
- Grannemann, T. W. Priority setting: a sensible approach to Medicaid policy? *Inquiry*, 28:300-5, 1991.
- Hadorn, D. C. Setting health care priorities in Oregon. *JAMA*, 265(17):2.219-25, 1991.
- . The problem of discrimination in health care priority setting. *JAMA*, 268(11):1.454-9, 1992.
- Ham, C. Priority setting in the NHS: report from six districts. *British Medical Journal*, London, 307:435-8, 1993.
- Jardel, J. P. *World health and the World Health Organization: challenges of the nineties*. Conferência proferida na London School of Hygiene and Tropical Medicine, 7-3-1991.
- Kaluzny, A. D.; McLasghlin, C. P. et alii. Applying total quality management concepts to public health organizations. *Public Health Reports*, 107(3):257-64, 1992.
- Kitzhaber, J. A. Prioritising health services in an era of limits: the Oregon experience. *British Medical Journal*, London, 307:373-7, 1993.
- Levitt, T. *Métodos de linha de produção aplicados ao fornecimento de serviço*. Harvard, 3(14): 3-13, 1977. (Biblioteca Harvard de Administração de Empresas.)
- Mason, J.; Drummond, M. et alii. Some guidelines on the use of cost effectiveness league tables. *British Medical Journal*, London, 306:570-2, 1993.
- McKinlay, J. B.; McKinlay, S. M. et alii. A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States. *International Journal of Health Services*, Baltimore, 19(2):181-208, 1989.
- Medici, A. C. *Gastos com saúde nas três esferas de governo: 1980-1990*. Trabalho apresentado na reunião sobre Alternativas para o Financiamento do Setor Saúde no Brasil, 24-8-1993.
- Mendes, E. V. *Organização de sistemas de saúde: desafios e perspectivas*. Conferência realizada no III Congresso Médico de Brasília, 7-4-1993.
- Mills, A. & Gilson, L. *Health economics for developing countries: a survival kit*. London, Evaluation and Planning Centre for Health Care, 1988.
- Mugford, M. The context for rationing. *Critical Public Health*, London, 4: 7-12, 1993.
- Santos, N. R.; Caleman, G. et alii. *Projeto de pesquisa operacional: avaliação da qualidade e resultados das ações e serviços de saúde ao nível loco-regional*. Brasília, OPAS, 1991.
- Silva, M. G. C. *Técnicas para definir prioridades em saúde: análise da mortalidade por causas evitáveis em Fortaleza 1981-1983*. Tese de doutorado apresentada à Universidade de São Paulo/Faculdade de Saúde Pública — Departamento de Epidemiologia, 1990.
- Stevenson, R. The Oregon formula: health economists dream or Stalinist nightmare? *Archives of Diseases in Childhood*, 66:990-3, 1991.

The Economist. The new world order. Jan. 8-14, 1994.

Varella, D. A era dos genes. In: *Veja: reflexões para o futuro*. 1993. p. 196-206.

Williams, M. H. & Frankel, S. J. The myth of infinite demand. *Critical Public Health*. London, 4: 13-8, 1993.