

Avaliação da universalidade do acesso à saúde através dos sistemas de informações assistenciais do SUS: Brasil, 1995 e 1998

Evaluation of universal access to health care through the SUS health care information system: Brazil, 1995 and 1998

Domício Aurélio de Sá ¹
 Antônio da Cruz Gouveia Mendes ²
 Kátia Rejane de Medeiros ³
 Tereza Maciel Lyra ⁴

^{1,2} Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz. Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Rua dos Coelhos, 450, 1º andar, Coelhos, Recife, PE, CEP 50070-550.

domiciosa@bol.com.br

³ Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Camaragibe, PE.

⁴ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco.

Abstract

Objectives: this article evaluates the universality of access to health care through the Sistema Único de Saúde (SUS) through the access to different levels of complexity in clinic and hospital facilities.

Methods: the Ambulatorial and Hospital Information System data bank was used (SIA/SUS and SIH/SUS) as source of information. The universality was analyzed by indicators of coverage and concentration of procedures per inhabitant/ year, observing the access between 1995 and 1998 in Brazil's regions.

Results: the results showed a decrease in the hospitalization and an increase in the ambulatorial productivity and in total expenditures on health care. However, the growth was not redistributive, remaining concentrated in the South and Southeast, especially when the procedures are more expensive/complex.

Conclusions: the article concludes that, although there has been improvement in access to the system, especially for the primary health care, there is still work to be done to achieve compliance with the constitutional principles of universality and equity in health care in Brazil.

Key words Health care, Health information systems, Health services accessibility

Resumo

Objetivos: este artigo avalia a universalidade da assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) à saúde através do acesso aos diferentes níveis de complexidade ambulatoriais e hospitalares.

Métodos: como fonte de informações, utilizaram-se os bancos de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA/SUS e SIH/SUS). A universalidade foi analisada através de indicadores de cobertura e concentração de procedimentos por habitante/ano, observando a evolução do acesso entre 1995 e 1998 nas regiões do Brasil.

Resultados: os resultados demonstraram uma redução das internações e elevação da produção ambulatorial e dos gastos totais com assistência à saúde. Entretanto, o crescimento não foi redistributivo, mantendo a concentração nas regiões Sul e Sudeste, principalmente nos procedimentos de maior custo/complexidade.

Conclusões: concluiu-se que, embora tenham ocorrido avanços no acesso ao sistema, sobretudo na atenção básica, os princípios constitucionais da universalidade e da equidade ainda são objetivos a serem alcançados na assistência à saúde do país.

Palavras-chave Acesso aos serviços de saúde, Assistência à saúde, Sistemas de informações em saúde

Introdução

O sistema de saúde brasileiro passou por grandes mudanças, em virtude das proposições do Movimento pela Reforma Sanitária, que levaram à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), adotando a universalidade, a equidade e a integralidade, como princípios constitucionais.

No decorrer do processo de implantação do SUS, ocorreram avanços e retrocessos com relação a política de saúde defendida pela Reforma Sanitária. Um grande avanço foi, sem sombra de dúvida, a universalização do acesso à saúde como direito social de cidadania, permitindo a inclusão de camadas populares no sistema. Enquanto que o financiamento insuficiente do setor, contraditoriamente, se caracteriza como o principal fator limitante para a consolidação do sistema.^{1,2}

Para a efetivação da universalidade do acesso, é necessária a ampliação da cobertura dos serviços e a redução das desigualdades regionais através de uma política de financiamento redistributiva, que permita a construção de modelos assistenciais eficazes e com maior justiça social.³⁻⁵

Visando a reformulação do modelo assistencial, o sistema de saúde brasileiro tem priorizado a política de descentralização, com a definição de atribuições entre as três esferas de governo, colocando o município como principal responsável pela oferta de serviços e organização das ações de saúde no nível local.⁶

A gestão municipal possibilita uma melhoria da cobertura e da qualidade assistencial, principalmente na atenção básica. Entretanto, a falta de infra-estrutura e a desorganização dos serviços de saúde são fatores que dificultam a estruturação de um novo modelo assistencial, especialmente pela escassez de recursos e capacidade de gestão.⁵

Aliado a estes fatores há uma carência de informações que permitam a realização de bons planejamentos e avaliações de resultados. Segundo Giovanella e Fleury,¹ pouco se conhece sobre a efetividade das formulações legais e a real universalização da atenção à saúde no país.

Apesar da carência de informações no Brasil, existem bancos de dados sem uma adequada exploração. Os Sistemas de Informações Assistenciais do SUS, Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e Sistemas de Informações Hospitalares (SIH/SUS) são exemplos dessa subutilização, embora disponibilizem um grande número de variáveis referentes a mais de 80% das ações da assistência à saúde em todo o território nacional.^{7,8}

Para o direcionamento de uma política que vise a consolidação do SUS, torna-se pertinente a realização de avaliações de sua implantação e a obediência a seus princípios constitucionais. Neste sentido, os bancos de dados assistenciais são fontes importantes para a construção de diversos tipos de indicadores, que poderão fornecer diagnósticos de saúde em nível local ou nacional, podendo subsidiar o planejamento e a definição de prioridades.⁸

Nessa perspectiva, este trabalho se propõe avaliar a universalidade da assistência à saúde realizada pelo SUS nas regiões do país, através de indicadores de cobertura e concentração de atividades, construídos a partir dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares, o que poderá trazer subsídios para a verificação do cumprimento dos princípios constitucionais do direito à saúde.

Métodos

O estudo realizado foi descritivo de corte transversal, com exploração de dados nacionais contidos nos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS (SIA/SUS e SIH/SUS), referentes aos anos de 1995 e 1998. Os dados foram tabulados pelo *software* Tabwin (DATASUS) e Microsoft Excel.

Para observar a evolução da cobertura assistencial, foram selecionados grupos de procedimentos considerados representativos de cada nível de complexidade, ambulatorial e hospitalar. Considerou-se como cobertura a concentração de procedimentos por habitante/ano nas regiões do país, além da distribuição dos gastos assistenciais. O número de habitantes utilizado corresponde à população residente na região, estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o mesmo ano da produção assistencial.

Na Assistência Ambulatorial foram atendidos grupos de procedimentos da atenção básica de média e de alta complexidade. Na atenção básica foram selecionados o total de consultas médicas, os procedimentos das ações de vigilância epidemiológica, imunizações e atos não médicos (AVEIANM), com exceção daqueles custeados pela Fração da Assistência Especializada (FAE), e os procedimentos odontológicos básicos (consulta odontológica, raspagem, alisamento e polimento-RAP e pulpotomia). Para compor o grupo de média complexidade, optou-se pelos procedi-

mentos de patologia clínica (pesquisa sorológica, hormônios, imunologia e microbiologia), radio-diagnóstico (abdome, mamografia, tomografias simples, exames contrastados e especializados), ultra-sonografia (ecografias) e tomografia computadorizada. E, finalmente, para o grupo de procedimentos de alta complexidade, analisaram-se: a diálise (tratamento renal substitutivo), quimioterapia, radioterapia, medicina nuclear (diagnose e terapia), ressonância magnética e angiografias.

Para a assistência hospitalar, observaram-se a oferta de leitos e o número de internações gerais e de alta complexidade. Assim, a oferta de leitos foi avaliada através do cadastro hospitalar, considerando o número de leitos existentes em cada região, referente ao mês de junho de cada ano estudado. Para as internações gerais, considerou-se a frequência de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) pagas referentes aos anos de competências estudados.

Com relação à distribuição das internações de alta complexidade, analisou-se apenas o ano de 1998 devido às grandes mudanças ocorridas neste nível assistencial. A inclusão de vários procedimentos e a exclusão de outros tornaram incompatível a comparação entre os anos de 1995 e 1998. Assim, foram considerados como procedimentos de alta complexidade hospitalar aqueles pertencentes aos grupos definidos pela Portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 3.409 de 05/08/98 (transplantes e retransplantes, câncer, cardiologia, malformação lábio-palatal, ortopedia, implante dentário ósteo-integrado, neurocirurgia e tratamento de epilepsia).⁹

Finalmente, analisou-se a distribuição do total de gastos *per capita* com assistência ambulatorial

(valor aprovado) e hospitalar (valor total) nas regiões do país.

Resultados

Assistência Ambulatorial

Nos grupos de procedimentos da atenção básica (Tabela 1), houve um incremento de 40% na produção do país entre 1995 e 1998, passando de 3,22 para 5,17 procedimentos por habitante. A evolução ocorreu em todas as regiões, proporcionando uma tendência redistributiva. Estas mudanças deveram-se ao grupo AVEIANM, que triplicou a produção em todo o Brasil passando de 1,16 para 3,18 procedimentos por habitante. Por outro lado o número das consultas médicas sofreu um pequeno decréscimo e o grupo da odontologia ficou praticamente estável no período, ambos com maiores concentrações nas regiões Sudeste e Sul.

A Tabela 2 mostra os grupos de procedimentos de média complexidade. Nestes grupos, de modo geral, houve uma estabilidade na produção nacional de 1995 para 1998 e, apesar de apresentar uma pequena tendência redistributiva, ainda existe uma concentração nas regiões Sudeste e Sul, principalmente naqueles procedimentos de custos mais elevados (radiodiagnóstico e tomografia computadorizada).

Nos grupos de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade (Tabela 3), houve um incremento de 28,4% na produção nacional entre 1995 e 1998, passando de 56,50 para 75,98 procedimentos por mil habitantes. Este aumento deveu-se, principalmente, ao grupo da diálise, que dobrou

Tabela 1

Distribuição de grupos de procedimentos ambulatoriais básicos por habitante segundo regiões. Brasil, 1995 e 1998.

Região	Grupos de Procedimentos				Total			
	Consultas Médicas		AVEIANM		Odontologia		1995	1998
	1995	1998	1995	1998	1995	1998		
Norte	1,24	1,12	1,25	3,01	0,12	0,13	2,60	4,26
Nordeste	1,61	1,55	1,32	3,51	0,12	0,13	3,04	5,18
Sudeste	2,24	2,15	0,91	2,85	0,16	0,19	3,30	5,19
Sul	1,95	1,82	1,45	3,09	0,18	0,19	3,57	5,12
Centro-Oeste	1,88	1,70	1,34	4,27	0,13	0,17	3,34	6,13
Brasil	1,92	1,83	1,16	3,18	0,14	0,17	3,22	5,17

Fontes: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE).

Tabela 2

Distribuição dos procedimentos ambulatoriais de média complexidade por habitantes segundo regiões. Brasil, 1995 e 1998

Região	Grupos de Procedimentos								Total	
	Patologia Clínica		Ultra-sonografia		Radiodiagnóstico		Tomografia computadorizada			
	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998
Norte	0,137	0,145	0,012	0,016	0,005	0,005	0,001	0,002	0,154	0,168
Nordeste	0,097	0,100	0,039	0,041	0,008	0,007	0,002	0,002	0,146	0,151
Sudeste	0,206	0,198	0,030	0,034	0,019	0,021	0,006	0,006	0,261	0,259
Sul	0,182	0,181	0,013	0,014	0,016	0,015	0,003	0,003	0,214	0,213
Centro-Oeste	0,161	0,150	0,021	0,022	0,014	0,010	0,002	0,003	0,199	0,185
Brasil	0,163	0,161	0,028	0,031	0,014	0,014	0,004	0,004	0,209	0,210

Fontes: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE).

Tabela 3

Distribuição dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade por 1.000 habitantes segundo regiões. Brasil, 1995 e 1998.

Região	Grupos de Procedimentos												Total	
	Angiografia		Ressonância Magnética		Diálise		Medicina Nuclear		Radioterapia		Quimioterapia			
	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998
Norte	0,01	0,01	–	–	3,84	8,89	0,06	0,21	10,39	12,47	0,63	0,87	14,94	22,45
Nordeste	0,17	0,14	–	0,00	14,35	20,63	0,89	0,73	24,32	21,26	2,55	2,77	42,28	45,52
Sudeste	0,49	0,68	–	0,26	29,82	64,16	2,81	3,19	36,57	32,15	3,72	3,38	73,41	103,81
Sul	0,33	0,23	–	0,15	28,56	60,27	1,16	1,16	29,20	24,30	4,33	4,23	63,58	90,34
Centro-Oeste	0,32	0,29	–	0,07	16,43	27,09	0,79	1,40	18,48	22,68	2,78	2,99	38,79	54,52
Brasil	0,33	0,38	–	0,14	22,43	44,68	1,68	1,85	28,87	25,81	3,19	3,12	56,50	75,98

Fontes: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE).

sua produção no país. Apesar de ocorrer crescimento em todas as regiões, observa-se que a alta complexidade ambulatorial concentra-se nas regiões Sudeste e Sul, sendo essa concentração intensificada no período estudado.

Assistência hospitalar

A assistência hospitalar é analisada através da oferta de leitos, distribuição das internações gerais e de alta complexidade.

Observa-se, na Figura 1, que a oferta de leitos hospitalares ainda é bastante desigual entre as regiões do país. Enquanto as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul apresentam uma concentração su-

perior a 3 leitos por mil habitantes, as regiões Nordeste e Norte possuem 2,8 e 1,9 leitos por mil habitantes, respectivamente.

Na produção hospitalar, ocorreu um decréscimo no número de internações gerais em todo o país, reduzindo de 13,28 milhões em 1995 para 12,3 milhões em 1998. A relação de internações/habitante/ano, também foi reduzida de 8,5 para 7,5 internações por 100 habitantes, de forma que a distribuição inter-regional tornou-se mais equilibrada (Tabela 4).

Quanto às internações por procedimentos de alta complexidade hospitalar, houve 280.176 internações no país em 1998. A média nacional foi de 1,73 internações por mil habitantes, com prin-

cipais destaques para os grupos de neurocirurgia, câncer, cardiologia e ortopedia. Entre as regiões, observa-se uma concentração da alta complexidade hospitalar no Sul e Sudeste, em todos os grupos de procedimentos (Tabela 5).

Gastos com assistência ambulatorial e hospitalar

Na Figura 2 observa-se um incremento de gastos assistenciais *per capita* entre 1995 e 1998, em todas as regiões do Brasil. Percebe-se, também, que as diferenças regionais são mantidas neste período, permanecendo a maior concentração de gastos nas regiões Sudeste e Sul. Dessa forma, esta distribuição permite classificar o país em três grupos distintos: a região Norte com gastos inferiores a R\$30,00; o Nordeste e Centro-Oeste na faixa de R\$40,00; e o Sul e Sudeste com valores acima de R\$50,00 reais por habitante/ano.

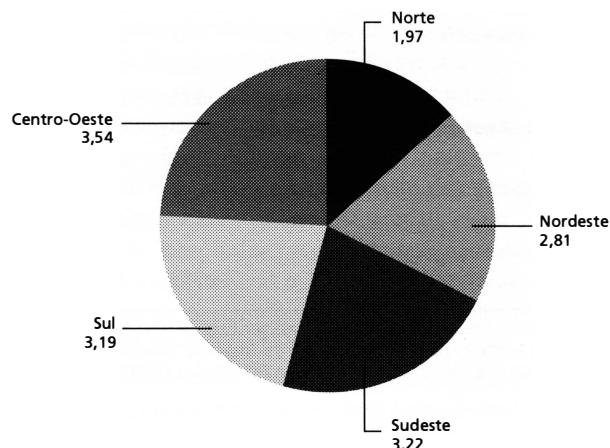
Discussão

Na assistência ambulatorial, percebe-se que o aumento e redistribuição de procedimentos na atenção básica, limita-se ao grupo de AVEIANM, persistindo as diferenças inter-regionais em consultas médicas e odontologia, onde as regiões Norte e Nordeste são desfavorecidas frente às demais regiões do país.

A evolução no grupo de AVEIANM, é reflexo da política nacional de incentivos a municipalização da saúde, sobretudo de atenção básica, intensificada após a NOB/96.⁶ Entre os incentivos, merecem destaque o financiamento federal aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família (PACS e PSF), além das ações programáticas voltadas ao controle de endemias, principalmente das doenças de transmissão vetorial. Estes programas realizam ações de prevenção de enfermidades e atividades simples para a redução da mortalidade infantil, sobretudo nas regiões mais carentes. Com a NOB/96, houve grande adesão de municípios na forma de gestão plena da atenção básica, atingindo 91,7% dos municípios brasileiros em 1998.¹⁰ Assim, os municípios que assumem os serviços deste nível assistencial, por realizarem sobretudo ações pertencentes ao grupo AVEIANM, contribuem para o aumento da produção deste grupo, principalmente nas regiões menos desenvolvidas do país. Dessa forma, a distribuição regional torna-se mais equilibrada.

Figura 1

Distribuição dos leitos hospitalares por 1.000 habitantes existentes no SUS segundo regiões. Brasil, 1998.



Fontes: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE).

Tabela 4

Distribuição das internações hospitalares segundo regiões. Brasil, 1995 e 1998.

Região	Internações Hospitalares			
	1995	1998	1995	1998
	n	n/hab	n	n/hab
Norte	841.572	7,54	851.147	7,17
Nordeste	3.895.741	8,66	3.602.382	7,86
Sudeste	5.556.477	8,38	4.904.227	7,11
Sul	2.109.030	9,12	2.020.358	8,36
Centro-Oeste	872.244	8,49	870.518	7,92
Brasil	13.275.064	8,52	12.248.632	7,57

n/hab = Número de internações por 100 habitantes.

Fontes: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE).

Tabela 5

Distribuição das internações hospitalares por procedimentos de alta complexidade segundo regiões. Brasil, 1998

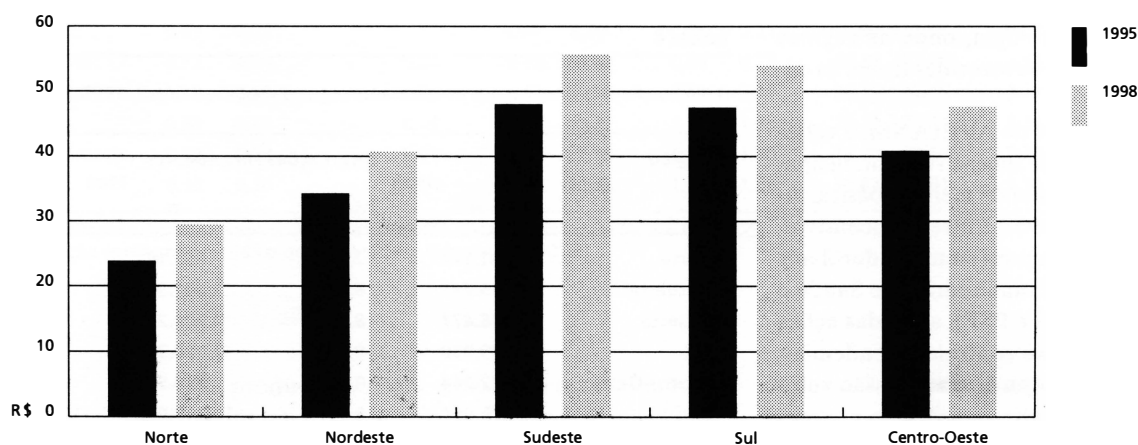
Alta Complexidade	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	n/hab	n	n/hab	n	n/hab	n	n/hab	n	n/hab	n	n/hab
Transplante/Retransplante	18	0,00	261	0,01	1.816	0,03	706	0,03	147	0,01	2.948	0,02
Câncer	1.391	0,12	13.291	0,29	35.514	0,51	13.145	0,54	3.873	0,35	67.214	0,42
Cardiologia	470	0,04	8.651	0,19	31.910	0,46	12.863	0,53	4.535	0,41	58.429	0,36
Malformação Lábio-palatal	99	0,01	815	0,02	19.404	0,28	732	0,03	473	0,04	21.523	0,13
Ortopedia	2.161	0,18	9.166	0,20	18.157	0,26	7.461	0,31	2.471	0,22	39.416	0,24
Implante dentário	–	–	–	–	340	0,00	–	–	–	–	340	0,00
Neurocirurgia	4.591	0,39	18.336	0,40	44.749	0,65	15.879	0,66	6.208	0,56	89.763	0,55
Tratamento de Epilepsia	–	–	–	–	219	0,00	124	0,01	200	0,02	543	0,00
Total	8.730	0,74	50.520	1,10	152.109	2,21	50.910	2,11	17.907	1,63	280.176	1,73

n/hab = Número de internações por 1.000 habitantes.

Fontes: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE).

Figura 2

Distribuição dos gastos per capita (R\$) com assistência ambulatorial e hospitalar do SUS segundo regiões. Brasil, 1995 e 1998



Fontes: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE).

Na assistência ambulatorial de média complexidade, a observação de estabilidade na produção também reflete as prioridades do setor público nos outros níveis assistenciais (atenção básica e de alta complexidade). Neste grupo percebeu-se uma grande concentração *per capita* de ultra-sonografia na região Nordeste, quando comparada com as demais regiões. No entanto, a realização de ultra-sonografia deve ser por solicitação médica. Como nesta região o número de consultas médicas por habitante é inferior às regiões do Centro-Sul do país, não se justifica essa maior produção, parecendo haver exagero de consumo. Entretanto, para melhores conclusões, faz-se necessária a realização de estudos com dados mais desagregados. Este fato também demonstra a necessidade de se construírem parâmetros de cobertura regionais, para as diversas atividades do sistema de saúde, com base nas reais necessidades da população. Isto permitirá a identificação de distorções e a determinação da existência ou não de universalidade das ações, pela suficiência ou insuficiência de cobertura nos diversos níveis assistenciais.

Na assistência hospitalar, embora tenham ocorrido avanços na distribuição regional de leitos hospitalares, quando comparada com estudos anteriores,¹¹ ainda existem grandes desigualdades na rede do SUS, com destaque para a região Norte. Esta região apresenta uma disponibilidade de leitos por habitante bastante inferior às demais regiões e à média nacional.

Com relação ao número de internações hospitalares houve uma redução geral no Brasil, apresentando uma tendência redistributiva entre as regiões do país. A redução do número de internações hospitalares é consequência da alteração do teto físico-financeiro através da Portaria do Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde¹² (SAS/MS nº 015 de 02/03/95) que reduz o padrão de necessidade de internação anual de 10% para 9% da população. Entretanto, as internações em todo o país estão abaixo do teto de 9% estipulado para a população. Talvez em decorrência das proposições contidas na política do SUS, que têm como prioridade as ações preventivas e assistência básica, implementadas no nível municipal através da política de descentralização,⁶ ou devido ao maior controle e avaliação das AIHs, reduzindo o número de internações desnecessárias ainda existam demandas reprimidas em todo o país, sobretudo por serviços de maior complexidade.

As mudanças no sistema de saúde brasileiro ainda não foram suficientes para promover avan-

ços na distribuição de serviços de alta complexidade. Assim, na alta complexidade ambulatorial e hospitalar permanece uma extrema concentração nas regiões Sudeste e Sul, indicando a manutenção de grandes iniquidades neste nível de assistência entre as regiões do país.

Na alta complexidade hospitalar do SUS, o Ministério da Saúde promoveu diversas mudanças nos últimos anos, principalmente com a instituição da Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade em 1998, que altera a composição dos grupos de procedimentos e define critérios de classificação da rede hospitalar.⁹ As mudanças ocorridas neste nível assistencial refletem as tentativas de adaptações do sistema de saúde às necessidades crescentes de utilização de novas tecnologias. No entanto, estas inovações tecnológicas ocorrem com grande dinamismo, requerendo infra-estruturas e recursos humanos especializados, que são fatores limitantes para maiores avanços do sistema público de saúde nas regiões menos desenvolvidas, principalmente quando os recursos financeiros são escassos.

As dificuldades para a efetiva consolidação do SUS, decorrem particularmente do financiamento insuficiente do setor, demonstrado pelos baixos gastos *per capita* anuais. Essa escassez de recursos, prejudica a ampliação da cobertura dos serviços, a qualidade das ações e, conseqüentemente, o estado de saúde da população, observação que corrobora com várias referências disponíveis na literatura.^{3,5,7}

Para Medici,¹³ é possível promover a melhoria dos serviços de saúde, mesmo com custos racionalizados e controlados, avançando na equidade da saúde. O princípio da equidade no financiamento é a provisão de mais recursos para os mais necessitados.^{14,15} Dessa forma, para que as desigualdades regionais possam ser reduzidas faz-se necessária a intervenção do Estado, através de políticas econômicas e sociais que adotem aquele princípio, alocando mais recursos para as regiões menos desenvolvidas, ou seja, uma discriminação positiva para promover um desenvolvimento redistributivo com justiça social.

Referências

1. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschütz, C, organizadora. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 1996. p.177-98.
2. Paim JS. Perspectivas do sistema público de saúde no Brasil. Rev Assoc Saúde Pública Piauí 1998; 1:120-32.
3. Faleiros VP. Prioridade *versus* escassez de recursos em saúde. Bioética 1997; 5:35-40.
4. Travassos C. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para debate. Cad Saúde Pública 1997; 13:325-30.
5. Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1997. 220p.
6. Brasil. Leis, Portaria nº 1.742, de 30 de agosto de 1996. Resolve aprovar preliminarmente o texto da Norma Operacional Básica (NOB) do SUS, na forma deliberada pelo Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União (DOU) 1996; (Seção 1):17964-71.
7. Leucovitz E, Pereira TRC. SIH/SUS Sistema AIH: uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil: 1983-1991. Rio de Janeiro: UER/IMS; 1993. 83p. (Estudo em Saúde Coletiva, 57)
8. Carvalho DM. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. Inf Epidemiol SUS 1997; 6: 7-46.
9. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.409, de 05 de agosto de 1998. Resolve instituir a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade (CNCPHAC) e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU) 1998; (149, Seção 1):59.
10. Vieira da Silva LM. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. Cienc Saúde Colet 1999; 4:331-9.
11. Buss PM. Assistência hospitalar no Brasil (1984-1991): uma análise preliminar baseada no sistema de informação hospitalar do SUS. Inf Epidemiol SUS 1993; 2:4-42.
12. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria nº 015, de 02 de março de 1995. Resolve alterar os tetos financeiros utilizados para a remuneração das internações hospitalares (SIH/SUS), tendo como índice 9% da população/ano e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU) 1995 mar 3; (43, Seção 1):2907.
13. Medici AC. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In: Piola SF, Vianna SM, organizadores. Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA); 1995. p.23.
14. Kadt E, Tasca R. Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor saúde. São Paulo: Hucitec; 1993. 107 p.
15. Jardimovski E, Guimarães PCV. Equidade e modelos de saúde: subsídios para discussão do caso brasileiro. Saúde Debate 1994; (42):4-10.