



ANÁLISE COMPARATIVA DOS SISTEMAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E MÉXICO

Nattany Caruline Santos Rodrigues

Resumo:

O artigo apresenta a história da saúde pública, das duas maiores potências da América Latina, Brasil e México, fazendo uma análise entre os sistemas e a contribuição do Serviço Social.

Palavras chaves: Sistema de saúde, Seguro popular social, Sistema único de saúde

Abstract:

The article presents the history of public health, the two major economic powers in Latin America, Brazil and Mexico, making an analysis of the systems and the contribution of social work.

Keywords: Health system, popular social insurance, National Health Care System

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem estar físico, mental e social em que a promoção e proteção em saúde são essências para o bem-estar do homem e para o desenvolvimento econômico e sustentável do país. Há estabelecido um acordo entre os países que integram a OMS, em que estes devem estabelecer um financiamento de saúde que permitam as pessoas acessar os serviços de saúde sem enormes sacrifícios financeiros para pagá-los, sendo definida assim a chamada cobertura universal de saúde. (Relatório Mundial de Saúde, 2011).

O trabalho busca apresentar os sistemas de saúde das duas maiores potências econômicas da América Latina, Brasil que possui um Produto Interno Bruto (PIB) em 2011 de 2.477 trilhões de dólares e uma população de 193,9 milhões e México com PIB de 1.153 trilhões de dólares em 2011 e uma população de 112, 336 milhões de habitantes.

Analisa-se a história da saúde pública e o processo de construção dos atuais sistemas de saúde pública de cada país que são representados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e o Seguro Popular Social (SPS) do México, busca-se também neste artigo analisar o papel do Serviço Social na construção de ambos os sistemas de saúde.

A História da saúde pública no México

De 1810 até a Revolução Mexicana de 1910

O período anterior a Revolução Mexicana de 1910, é marcado pela Guerra de Independência da Espanha e a formação do novo Estado, em meio ao aumento de condições insalubres. A população não contava com nenhum modelo de saúde, os únicos meios de atenção a saúde eram promovidos pelos hospitais da igreja católica que em 1985 foram obrigadas a seguir leis sanitárias ditadas pelo governo.

Foram criadas a Facultad de Medicina del Distrito Federal(1831), o Consejo Superior de Salubridad (1841) e a Academia de Medicina em 1836 ,sob forte influencia francesa. O país vivia um período de grande instabilidade política e epidemias de febre amarela, influenza, cólera, etc, que perdurou anos após o fim da Guerra com os Estados Unidos (1848).

É com a eleição do Presidente Benedito Juárez (1856), que iniciaram ações de atenção a saúde, a qual adquire um caráter de obrigação estatal, com a transferência da administração de hospitais da igreja para o Estado. A política de Juárez era extremamente centralizada, prejudicando assim a população das zonas rurais.

Entre 1863 e 67 cria-se o Hospital de Maternidade e o Instituto de surdos-mudos, e em 1879 cria-se o projeto "Iguales médicos-farmacêuticas nacionales", que trabalhou fortemente os princípios da união entre a atenção médica e a medicina preventiva.

No final do séc. XIX é estabelecido no Código Sanitário a divisão de funções a nível federal e estadual, que definiu também ações e regras sanitárias com caráter moralizador:

La higiene se refiere a regeneración moral, íntima relación entre cuerpo del individuo y su forma de ser moral. Las prescripciones higiénicas que rigen el desarrollo material ejercen también una influencia inevitable y benéfica en el mejoramiento de la sociedad así como en la perseverante actividad del pensamiento humano (1984 apud RODRIGUES e PÉREZ, 1998, p.05)

É no contexto do aumento das desigualdades sociais e insatisfação da população que ocorre a Revolução Mexicana (1910), que tinha como principais demandas a atenção a saúde do trabalhador e a criação de leis de proteção trabalhista e de seguridade.

Do período pós-revolucionário até o final da déc. 50

O fim da Revolução Mexicana teve como ponto importante a construção de um projeto de justiça social para a população, no entanto o país permanecia sendo vítima de epidemias.

Até os anos de 1930, foram criadas diversas instituições importantes ao desenvolvimento do setor saúde, destacam-se: o Instituto Bacteriológico Nacional (1916), com a produção de vacina contra varíola em grande escala, a Fundación Rockefeller (1920), pioneira nas campanhas de combate a febre amarela e na formação de sanitaristas, a Escuela de Salubridad (1922), hoje atual Escuela de Salud Pública e em 1928 a criação das Unidades Sanitarias Corporativas, que se converteu em 1932 em Coordinación de Servicios Sanitarios.

Na década 30 são criadas a Ley Federal del Trabajo (1931), a Coordinación de Servicios Sanitarios (1932), a Secretaría de Asistencia Pública em 1936, ano de inauguração do Hospital Huipulco de Enfermedades respiratorias. Em 1937, é criada a Secretaría de Asistencia Pública e em 38 o primeiro centro formal de investigação, o Instituto de salubridad y enfermedades tropicales (ISET).

Entre as décadas de 30 e 40, foi organizado o Plano Sexenal que tinha como objetivo progredir o país em todos os sentidos, o período é caracterizado, também, pela continuidade dos programas de saúde e atenção médica voltada ao meio rural, até então marginalizado pelas políticas centralizadoras.

Em 1943 é formada a Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), e criado o Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) , que desde então proporciona serviço médico e social aos trabalhadores formais e suas famílias, o IMSS completou o tripé Salubridad, Asistencia e Seguridad social. O Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) e o Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) são criados em 1960.

De 1960 até os anos 2000

A partir dos anos 60 tenta-se reduzir os gastos com saúde e atender as novas demandas geradas pela explosão demográfica decorrente da industrialização, o país atravessava um processo de populismo, que engendrou a burocracia e a corrupção por parte do governo.

Os anos 70 foram marcados por uma crise econômica que desvalorizou o peso mexicano e afetou diretamente o sistema de saúde. A secretária de Salubridad y Asistencia, se transforma em 1985 em Secretaría de Salud e a Reforma Sanitária começa a se articular entre o final da déc. 80 e início da déc. de 90.

Em suma, dos anos 40 até 2003 a população que não disponha de cobertura social, estava assegurada pela Secretaría de Saúde que não contava com um financiamento específico. Os usuários contribuíam com o financiamento do Serviço através de cotas no momento da utilização dos serviços, enquanto a população assegurada pela seguridade social tinha atendimento gratuito e financiamento definido por contribuições dos empregadores, empregados e governo (impostos gerais).

O financiamento do sistema de saúde até os anos 2000, não possuía uma administração pautada na igualdade de direito dos cidadãos tendo em vista que a distribuição de verbas entre os dois grupos não era equivalente.

Em 2003, foi aprovada a Lei Geral de Saúde que teve como principal avanço o início da operacionalização do novo sistema de seguridade universal, o Sistema de Protección Social en Salud, mas conhecido como Seguro Popular que visa acesso a população não assalariada aos serviços de saúde.

A História da saúde pública no Brasil

Da Descoberta aos anos de 1930

Entre 1500 e 1930, o Brasil é marcado pela ausência de atenção a saúde pública, contando com algumas medidas sanitárias implantadas nos portos a partir da chegada da Família Real. O primeiro Colégio médico é fundado em 1808, em Salvador.

Com a proclamação da República, o quadro de saúde do país não foi alterado a população continuava sem políticas de saúde pública, sendo vítima de sérias epidemias de varíola, febre amarela, malária e peste.

É com o diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, que algumas medidas são tomadas, como o envio de um exército de 1.500 pessoas designadas a erradicar a febre amarela, por meio de desinfecção forçada e autoritária da cidade e a instituição da vacina

obrigatória. As medidas causaram revolta pela falta de esclarecimento, o movimento ficou conhecido como Revolta da Vacina (1904).

O período de industrialização agregou um intenso processo de urbanização e imigração européia, marcada com greves gerais em 1917 e 1919 pela luta de direitos. A Previdência Social no Brasil teve início em 1923, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), que beneficiavam os operários urbanos, e em 1960 os trabalhadores rurais com a criação da FUNRURAL.

Do Governo Getúlio Vargas (1930) á 1985

Em 1933 sob governo de Getúlio Vargas, as CAP's foram substituídas pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP), sendo organizados por classe (e não por empresa) e com um sistema de capitalização forçada. A regulamentação da Justiça do Trabalho é feita em 1938 e em 1943 há a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). A assistência médica previdenciária só se torna bandeira de reivindicação, a partir dos anos 50 com o crescimento da massa assalariada e a pressão por assistência médica.

Segundo dados da FioCruz, em 1953 e 1954 são criados o Ministério de Saúde, desmembrado Saúde e Educação e a Escola Nacional de Saúde Pública. E em 1956, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNER) e o Instituto Nacional de Endemias Rurais (INER). Em 1960, aprovou-se a Lei Orgânica da Previdência, sob forte negativa da unificação dos IAP's.

O Brasil sofre em 1964 um golpe de Estado, a ditadura instalada se justificava economicamente com a crescente economia, impulsionada pelo capital estrangeiro. Foi criado nesse período, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que arrecadou grande monte de verbas e exigiu a expansão das unidades de atendimento médico feita através do estabelecimento de convênios com empresas privadas.

Em 1974 o sistema previdenciário deixa do Ministério do Trabalho, consolidado o Ministério da Previdência e Assistência Social, junto com o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social que proporcionou a remodelação e ampliação dos hospitais privados conveniados.

Em 1975 e 1976, criou-se o Sistema Nacional de Saúde que contava com poucos recursos e estava focado na medicina preventiva, e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento que recebeu técnicos do movimento sanitário, expandindo a rede ambulatorial pública em todo Brasil.

O modelo econômico desenvolvimentista, o de saúde e o sistema previdenciário que priorizou a medicina curativa entraram em crise, sendo ineficaz em sanar os problemas coletivos. Em 1981 é criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, com sanitárias em postos importantes, inicia-se o período de ruptura com ações rigorosas de fiscalização.

De 1985 aos anos 2000

O movimento “Diretas Já!”, impulsionou o fim da ditadura e o surgimento de diversos movimentos sociais. À proximidade da VIII Conferência de Saúde impulsionou a criação das bases da Reforma Sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), elaborados para fazerem parte da Assembléia Constituinte (1986) e a Promulgação da Nova Constituição (1988).

Com a aprovação do Sistema Único de Saúde em 1988, a saúde passou a ser entendida como um direito e dever do Estado englobando o conceito ampliado de saúde, expresso no Art. 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.(CONSTITUIÇÃO,1988)

Os anos 90 são marcados pelo sucateamento das políticas sociais, pela política neoliberal privatizante e por crises na prestação de diversos serviços.

O Sistema de saúde mexicano: O seguro Popular

O sistema de saúde mexicano está dividido basicamente em setor público e privado. Os dois grupos em que está dividido o setor público são:

- A. Os que estão assegurados pela seguridade social, que são os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, aposentados e suas famílias. Sendo cobertos pelo Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e pelo Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
- B. Os que não contam com seguridade social, que corresponde aos trabalhadores informais, autônomos, desempregados e suas famílias. Essa parcela da população que soma cerca de 50% do total, está respaldada pela Secretaría de Salud (SSA), pelos Servicios estatales de salud (ambulatoriais básicos) , pelo programa IMSS- oportunidades (atendimento prioritário das zonas rurais) , utilizados antes da reforma da Ley General de Salud que aprovou o Sistema de Protección Social en Salud, somando ao Seguro Popular de Salud (SPS), seu braço operativo.

O financiamento do Seguro popular é feito através de subsídios federais, estaduais e cotas pagas pelas famílias afiliadas, as mais pobres são classificadas em nível de isento e as demais devem pagar uma cota de acordo com seu rendimento mensal que não deve ultrapassar 30% da renda, o governo contribuiu com uma “cota social” de 15% de um salário mínimo, por família. (Centro de Estudios Sociales y Opinión Pública, 2005)

Todos os afiliados ao Seguro Popular recebem uma apólice de afiliação com o nome do titular e de seus dependentes, a data de validade e o nível socioeconômico da família.

Os assegurados têm direito a consultas médicas e especializadas, cirurgias, medicamentos, estudos clínicos e atenção em hospitais vinculados ao Seguro Popular. O seguro cobre apenas os serviços que estão contemplados no Catálogo de Servicios Esenciales (CASES) que conta com uma lista de 91 intervenções e 168 medicamentos, não cobrindo procedimentos e medicamentos fora da lista.

Os principais objetivos do Sistema de Protección Social en Salud estão voltados à diminuição dos gastos em saúde por famílias carentes, fator agravante de desigualdade social sendo, portanto, um instrumento de proteção financeira aos mexicanos. Outros objetivos estão ligados a melhorar as condições de saúde da população, diminuir as desigualdades no setor de saúde, assegurar justiça no financiamento do seguro, melhorar os serviços de saúde e criar uma cultura de proteção social em saúde, proporcionando o desenvolvimento de uma sociedade saudável.

A descentralização da gestão a nível estadual proporcionou autonomia aos estados no uso dos recursos federais, sendo obrigados a cumprir o mínimo de ações determinadas pelo governo federal. Outros princípios almejados foram à redução das desigualdades entre serviços oferecidos pelos estados, a realização de distribuição equitativa de recursos e o impulsionamento a uma boa parceria entre público e privado na prestação de serviços.

Esse sistema descentralizado permite maior controle por parte da Secretaria de saúde no repasse de verbas, o que permite um controle dos cofres federais, mas que por outro lado não anula os possíveis desvios de orçamento, principalmente a níveis estaduais.

Outra inovação que merece destaque é a determinação da participação dos setores lucrativos e privados:

Participación efectiva de los sectores no lucrativo y privado: La reforma contempla la participación del sector privado en la producción de medicamentos, la distribución de insumos y la inversión en infraestructura, así como la participación de organizaciones no lucrativas en la prestación de servicios. (Secretaría de salud, 2004)

O Sistema de saúde brasileiro: O Sistema Único de Saúde (SUS)

A aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das maiores conquistas alcançadas com a Constituição de 1988, voltada à democratização da saúde como um direito universal, de todos. O entendimento de saúde como estado de não doença combatido com medidas curativas é substituído pelo conceito ampliado de saúde definido pela Organização Mundial de saúde.

A descentralização é a característica principal do SUS, pois tem como pressuposto a participação da população no processo de formulação e implantação de ações na área. O município é a administração mais próxima dos cidadãos, o que favorece um melhor planejamento de acordo com o perfil da população.

A participação e o controle social foram instituídos como obrigatórios pela lei 8.142 que estabelece a forma da participação da população que deve ser realizada através dos Conselhos de saúde

nos três níveis. Os conselhos devem ser formados por 50% de representantes dos usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de prestadores de serviço, essa medida tem como objetivo incentivar a participação popular na construção de ações de saúde.

A constituição de conselhos e a realização de conferências são requisitos legais, para que os estados e municípios recebam o financiamento do governo federal, através de um repasse automático de fundo para fundo, uma vez cumprido os critérios. Outros instrumentos utilizados no constante planejamento do SUS de caráter obrigatório são a Programação Anual, o Programa Pactuado e Integrado (PPI) e o relatório de gestão, ambos os documentos devem passar aprovação dos conselhos de saúde.

A participação é um importante instrumento legitimador do caráter público e universal do sistema, porém vale destacar que a ocupação desses espaços é obrigatória, mas não há controle para além de sua existência formal.

O SUS possui como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade de suas ações, somando-se com as diretrizes que prevêm a descentralização dos serviços, a regionalização e hierarquização da rede e participação social.

Propõe-se um sistema pautado em ações de promoção, prevenção e tratamento nos diversos níveis de atenção, o enfoque na atenção de primeiro nível tem como carro chefe o programa saúde da família, que tem alcançado comunidades de difícil acesso, promovendo atenção às famílias mais pobres. Os programas, hospitais e atendimento especializado têm seus profissionais calculados por números de habitantes, garantindo a equidade de atenção médica por região, mas que nem sempre são cumpridas. Fazem parte da rede de hospitalaria os hospitais públicos, universitários e privados conveniados.

O financiamento do Sistema de saúde brasileiro é feito da seguinte forma:

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas do governo e esta normatizada pela emenda constitucional nº 29, que estabeleceu destinação específica mínima das receitas municipais (15%) e estaduais (12%), estipulando as despesas da União com base nos recursos utilizados em 2000, acrescidos da variação nominal anual, do PIB (VASCONCELOS;PASCHE,2006, p.544)

A saúde integra o tripé da Seguridade Social (saúde, assistência e previdência social). As contribuições e impostos pagos a seguridade, assim como outros impostos pagos a União, aos Estados e Municípios, correspondem às fontes de orçamento do SUS e de outras políticas, sendo exclusivo a saúde apenas as contribuições destinadas a seguridade social.

O serviço Social e a Construção dos Sistemas de Saúde brasileiro e mexicano

A escassa produção deste tema no contexto mexicano limita a análise deste aspecto, porém cabe assinalar alguns aspectos. Sendo o Seguro Popular Social uma política com fundo de enquadramento dos estabelecimentos da OMS e não de conquista da Sociedade Civil Organizada, os profissionais tiveram suas atividades fixadas principalmente no setor administrativo, com realização de questionários, pesquisas, análises de dados, etc.

Os assistentes sociais brasileiros, por outro lado passavam por um momento de questionamento da profissão e de suas correntes teóricas que marcou a incorporação de temáticas como Estado, democratização e políticas sociais fundamentadas no marxismo.

Na década de 90, o Serviço Social estava incorporado ao Movimento de Reforma Sanitária que demanda da profissão uma postura que incentivasse a população a buscar a efetivação dos direitos, como a democratização do acesso aos serviços de saúde e as informações, a humanização dos atendimentos, o incentivo a participação da população, etc.

Conclusões

Os sistemas de saúde pública brasileiro e mexicano estão orientados pela perspectiva de universalidade definida pela Organização Mundial de Saúde, que entende como universal o acesso aos serviços sem enormes sacrifícios financeiros para pagá-los.

O financiamento, no entanto é distinto, enquanto no Brasil se financia através de recursos oriundos de impostos pagos aos governos em seus três níveis, o financiamento mexicano faz através de impostos pagos aos governos federal e estaduais, mais o pagamento direto dos usuários por meio das cotas.

O sistema de cotas é realizado por meio de um sistema pré pago ao Seguro Popular Social, que apesar de propor um financiamento justo do ponto de vista da renda familiar dos usuários, não é um sistema para todos e sim para aqueles que não estão cobertos pelo sistema de Seguridade Social, caracterizando se como um serviço direcionado as famílias pobres. O governo dispõe de isenções a algumas famílias classificadas nos primeiros níveis de carência, as demais necessitam efetuar os pagamentos das cotas, que se não efetivado ao vencimento tem seu benefício suspenso, desprotegendo assim os usuários. Dessa forma, continua sendo inequitativo, pois se o usuário não dispõe de orçamento para realizar o pagamento, não terá direito a atenção médica afetando aos pobres classificados em sistema contributivo, o programa tem, portanto, um alcance limitado.

Assim como o sistema brasileiro, o mexicano também padece de uma rede capaz de atender toda a população, ambos os sistemas sofrem com o baixo número de profissionais e unidades de saúde, acentuados em algumas regiões.

Os atendimentos em saúde em ambos os países estão organizados por níveis de atenção, com orientação a promoção e prevenção do primeiro nível. No entanto, México cobre apenas enfermidades, exames e medicamentos que estão listados em um Catálogo de Serviços Essenciais de Saúde, enquanto que o sistema brasileiro está limitado aos medicamentos disponíveis e as unidades que realizam exames.

A construção desses sistemas de saúde também são bem distintas, enquanto no Brasil representa uma conquista da população alcançada através de sociedade civil organizada no final da década de 90, o sistema mexicano se consolidou para se enquadrar as normas estabelecidas pela OMS, e como ferramenta importante para impulsionar o crescimento econômico no país.

O trabalho dos assistentes sociais em ambos os países, é marcado no início pelo caráter de intervenção moralizadora em relação aos hábitos de higiene da população. Porém em fase de constituição dos modelos de saúde, os assistentes sociais brasileiros tiveram engajamento no Movimento de Reforma Sanitária. Já os assistentes sociais mexicanos, como possuem escasso registro de sua participação nesse contexto de incentivo a participação e protagonismo popular, estando associados ao caráter administrativo da profissão na formulação de levantamento de dados, análise, etc.

Ambos os sistemas representam um avanço em relação às formas de atendimento no passado, porém necessitam seguir melhorando para lograr um atendimento eficaz e eficiente a população.

Referências Bibliografias:

BRAVO, M.I. e MATOS, M.C. O projeto ético-político do Serviço e sua relação com a Reforma Sanitária. In. MOTA, A. E. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.p.197- 217.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Art. 196 a 200.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde. 2000. p.44. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em 01 jun. 2013.

CESOP. Centro de estudios sociales y de opinión pública. **Programa Seguro Popular**. México, D.F, 2005, p.72. Disponível em: <<http://www.diputados.gob.mx/cesop/doctos/EI%20Seguro%20Popular.pdf>>. Acesso em 08 jun. 2013.

FALLEIROS, Ialê. Et al. A Constituinte e o Sistema Único de Saúde. In: PONTE, Carlos Fidélis (org). **Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC: Fiocruz/EPSIV. 2010. Cap. 8, p.239-278. Disponível em : <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/na-corda-bamba-cap_8.pdf>. Acessado em 04 jun. 2013.

INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía y Información. **Geografía y población, cuadro resumen: indicadores de demografía y población**. Aguascalientes, 2013. Disponível em <<http://www3.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>>. Acesso em 10 jun. 2013.

MEXICO. Secretaría de salud. **Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México**. México, D.F, 2004, 1º edición. Disponível em : <<http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/seguropopular/reforma.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2013.

NICZ, Luiz F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, Ernesto L. **Administração de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1988, cap. 3, p.163-197.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial de Saúde: Financiamento dos sistemas de saúde – O caminho para a cobertura Universal**. 2011. p.117. Disponível em <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf> Acesso em 01 jun. 2013

RODRÍGUES de ROMO A. C. e PÉREZ, M. E. R.: **‘Historia de la salud publica en México: siglos XIX y XX’**. História, Ciências, Saúde Manguinhos, V(2): 293-310, jul.-out. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701998000200002>. Acesso em 05 jun. 2013.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Federico. **O Sistema Único de Saúde**. In: CAMPOS [et al] (org). Tratado de Saúde Coletiva. 2ºed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 531-562.