

As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores

Segmentations of health service supply in Brazil – institutional arrangements, creditors, payers and providers

Maria Angélica Borges dos Santos ¹
Silvia Gerschman ²

Abstract *Based on a revision of literature and on data from official databases (DATASUS and IBGE), and international agencies, we discuss segmentations and specializations of health service supply in Brazil. The institutionalist framework employed in this analysis takes into account relationships between public and private subsystems and the various actors interacting to shape the health system in accordance to their specific interests and convictions. Constraints to the development and implementation of social policies generated by macroeconomic adjustments and agreements between major actors contribute to the Unified Health System's (SUS) present tendency of specializing in low-cost and simplified health-delivery technologies, contrasting with the more dynamic private sector's tendency of specializing in segments dependent on high and intermediate levels of technological incorporation. This pattern tends to attract private-insurance buyers and to include procedures which are better-paid in contracts with the public sector. A stronger presence of health councils and of other still under-represented actors in the political arena could favour deeper reflection on the potential impacts of this specialization pattern.*

Key words *Brazilian Unified Health System, Supplementary health, Public policies, Health financing*

Resumo *A partir de revisão bibliográfica e dados do Datasus, IBGE e agências internacionais, são discutidas segmentações e especializações na oferta de serviços de saúde no Brasil. A leitura institucionalista do caso brasileiro destaca transformações que vem sofrendo o SUS, com ênfase em relações público-privadas e no papel e estratégias dos vários atores para formatar o sistema de saúde segundo seus interesses e suas convicções. Os constrangimentos ao desenvolvimento das políticas sociais gerados pelo ajuste macroeconômico e consensos entre atores políticos de maior peso contribuem para a tendência atual de especialização do setor público em tecnologias de cuidados de baixo custo e complexidade, enquanto o setor privado mais dinâmico passa a priorizar os segmentos de atenção de média e alta complexidade mais bem remunerados pela tabela SUS e mais valorizados por compradores de planos de saúde privados. Um fortalecimento da presença de conselhos de saúde e de atores ainda pouco representados na arena política poderia contribuir para uma maior atenção aos impactos potenciais desse padrão de especializações.*

Palavras-chave *SUS, Saúde suplementar, Políticas públicas, Financiamento da saúde*

¹ Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Coordenadoria de Tecnologia em Saúde, Assistência Farmacêutica e Assistência Diagnóstica. Rua Afonso Cavalcante 451, Cidade Nova, 20211-210, Rio de Janeiro RJ. angelicabsantos@uol.com.br

² Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz.

Introdução

A despeito da opção constitucional por um sistema público e universal assinalada com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com o conseqüente descarte de um modelo que especializasse formalmente os sistemas de saúde público e privado ou algumas de suas atividades (Costa, 2001), segmentações de clientela e especializações da oferta de serviços de saúde entre os dois setores parecem inerentes ao sistema brasileiro ao longo de sua história e vem constantemente se redesenhando no cenário nacional.

Este trabalho tenta mostrar como as relações entre provisão pública e privada e as opções de linhas de financiamento público contribuem para formatar e segmentar as ofertas de serviço no sistema de saúde, havendo também influência de arranjos institucionais e da escolha de atores políticos que asseguram essas segmentações.

De um lado, pagadores e financiadores diretos e indiretos do sistema de saúde – sejam eles empregados e empregadores nos sistemas de base corporativa, a sociedade por meio de gastos privados ou contribuições para o sistema público e o Estado ou credores do Estado, zelosos em relação ao impacto dos gastos sociais sobre o *deficit* público – definem em que medida o sistema de saúde proposto é considerado estratégico para o atendimento de seus interesses. De outro, os provedores – profissionais (em especial, a corporação médica) e empresários da saúde dos ramos de produtos (o complexo médico-industrial da saúde) e de serviços – tentam enxergar e aproveitar as oportunidades geradas pelo contexto mediante a garantia de uma presença organizada na arena decisória.

Ao final discutimos os arranjos institucionais que definem a política e a dinâmica dos sistemas de saúde e como o fortalecimento político de componentes específicos, definidos pela Constituição, desse arranjo poderia contribuir para desenhar uma prática mais favorável aos princípios que nortearam a definição do Sistema Único de Saúde (SUS).

Perspectivas de análise institucionalistas

Estudos baseados no marco teórico do institucionalismo histórico ilustram como o desenho e os procedimentos definidos por representações de interesses atuantes na arena política for-

matam as opções políticas das nações para seus sistemas de proteção social, inclusive os da saúde. Esses procedimentos incluem grupos distintos de atores e excluem outros, e explicam por que alguns interesses ganham, enquanto outros perdem (Immergut, 1992).

Giaimo (2001) demonstra a importância dos “pagadores” institucionalmente representados na definição das políticas de saúde. Pagadores em seu estudo incluíam empresários, Estado e corporações de trabalhadores nos sistemas de corte bismarckiano ou baseado em seguros privados, como o americano, e a população em sistemas mais universalistas. Em uma releitura de Giaimo, atualizando-a para o caso Brasil, poderíamos dizer que credores da dívida pública, sendo mais visíveis os internacionais, agregam a esse modelo um segundo ator importante para a definição dos formatos das políticas sociais.

Importantes, também, são as formas de organização e representação dos provedores de produtos e serviços no cenário político, neles compreendidos empresariado da saúde, corporações médicas e o próprio Estado ou suas dimensões subnacionais, quando dispõe de capacidade instalada para a prestação de serviços.

Em que sentido esses vetores se orientam é determinado pelos arranjos institucionais, que são distintos em cada país e momento histórico. Nos países emergentes, estão sujeitos hoje a fatores determinantes não descritos em estudos anteriores realizados em países de Primeiro Mundo (Immergut, 1992; Giaimo, 2001), uma vez que as análises de cunho neo-institucionalista mais conhecidas enfocam países não submetidos ao enorme poder de constrangimento de pesadas dívidas internas e externas e que a globalização torna extremamente vulneráveis, como no caso brasileiro. Assim, fatores considerados importantes para o formato das políticas nacionais de saúde, como as contingências de resultados eleitorais (Giaimo, 2001), embora ainda importantes no contexto subnacional (Arretche & Marques, 2002), são relativizados diante do acompanhamento das políticas de saúde por organismos internacionais, destacado por vários autores (Conde, 1996; Rizzoto, 2000; Mattos, 2000; Misocsky, 2003). Marques (1997) questiona o papel do Estado na condução de políticas em um contexto de limitação da soberania de estados nacionais imposto pela globalização e de hegemonia de posturas pró-mercado.

É relevante também considerar no formato das políticas a herança de políticas passadas (Immergut, 1992; Almeida, 1997). Em primeiro

lugar, historicamente no Brasil, a evolução e o formato dos programas sociais devem ser considerados *menos como produto resultante da pressão direta das forças sociais, dos interesses e grupos de classe do que como ação de um tipo peculiar de Estado, que tenta lidar com os problemas centrais do desenvolvimento econômico e com a modernização em um terreno caracterizado pelas realidades internas e externas do desenvolvimento capitalista dependente retardatário* (Malloy, 1991). O segundo elemento a considerar é a importância de representações de interesses mais consolidados e tradicionais na arena da saúde, que disputam espaço com arranjos institucionais mais modernos implantados na era SUS.

Os arranjos institucionais e principais atores que contribuem para formatar o sistema de saúde ao longo da história constituem a grade de análise deste trabalho, que é um pano de fundo para uma futura discussão sobre ambiente institucional e interfaces organizacionais nos hospitais públicos do SUS.

As segmentações históricas da provisão de serviços da saúde no Brasil

Ao longo da história do Brasil, diversos arranjos de financiamento e provisão foram propostos para dar conta da saúde pública e privada, plantando as bases para o sistema de saúde extremamente pluralista e fragmentado (Medici, 2002) vigente no País. Os setores público e privado dividiram o financiamento público e a titularidade do parque hospitalar e ambulatorial, mas evidenciaram especializações variáveis.

O segmento ambulatorial é o que evidencia mais oscilação na titularidade público-privada, ao passo que o segmento hospitalar se especializa de formas diferentes ao longo do tempo. O que mudou foram as bases de financiamento, as inter-relações entre público e privado e as especializações de cada um dos sistemas, que se intercondicionam entre si.

Na década de 1910, a medicina liberal detinha 60% dos leitos no País (Labra, 1993). A Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária de 1936 (IBGE, 2003) informa a existência de 1.044 estabelecimentos de saúde no País, sendo 447 públicos e 597 privados. No início do século 20, o Estado se especializa em segmentos populacionais marginalizados ou que potencialmente comprometam a saúde pública, com impactos não só no indivíduo, mas no conjunto da sociedade (saúde

mental, doenças infecciosas) (IBGE, 2003) e em cuidados prolongados. O setor caritativo assume os pobres e o mercado aqueles que podem pagar por meio de desembolsos diretos ou mediante arranjos mutualistas iniciados por comunidades de imigrantes ou sindicatos.

Na era Vargas, agrega-se a essas duas dinâmicas um padrão corporativo tutelado pelo Estado, que marca uma fase de “universalismo” corporativo bismarckiano, ainda com uma incorporação incipiente do setor mercado não caritativo ao setor público.

Já em 1950, 53,9% dos leitos hospitalares no Brasil eram privados, predominando, no entanto, entidades mutualistas e filantrópicas, que suplementavam redes estatais. Em 1960, 62,1% dos hospitais eram privados, dos quais 14,4% com fins lucrativos (Cordeiro, 1984).

Desde essa época, a dinâmica do capitalismo começa a consolidar o complexo médico-industrial da saúde, que contribui para um estrondoso crescimento dos custos da assistência médica (Cordeiro, 1984) e a transforma crescentemente em um empreendimento dependente de capital.

São históricas as fortes e intrincadas relações entre o setor público e o privado que vicejam em Estados de corte patrimonialista (Nunes, 1997), como o brasileiro. Entretanto, esses laços ficam definitivamente institucionalizados no setor saúde a partir de 1967, com a unificação da Previdência (Cordeiro, 1984). A universalização da atenção médica proposta à época possibilita a incorporação crescente do segmento privado ao setor público, com as Ações Integradas de Saúde e credenciamentos universais, pois se dá com base em um “privilegiamento do produto privado” (Oliveira & Teixeira, 1986; Cordeiro, 1984).

A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária de 1967 (IBGE, 2003) cita a existência de 290.836 leitos no País; e a de 1979, 488.323 leitos, em um espetacular crescimento de 67,9% em 12 anos. Vendem-se internações de baixa complexidade em um sistema de faturamento aberto, por procedimento, e o segmento público ainda é dono de um considerável parque de maior complexidade, herdado dos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Com isso, além do faturamento público auferido pelo setor privado, viabiliza-se a transferência para unidades do sistema público de pacientes de maior custo do sistema privado.

Outro marco importante desse período é a quebra do padrão corporativo de estruturação

da prestação de serviços da saúde, propiciado pela retirada das classes trabalhadoras organizadas das decisões sobre saúde. A arena de negociação no âmbito da saúde passa a encerrar basicamente dois atores: o empresariado e o governo, representado pela burocracia inampiana. A saída de cena dos trabalhadores organizados tem impactos importantes sobre o formato posterior adquirido pelo sistema de saúde. Giaino (2001) mostra, em sua análise do caso alemão, a importância desses atores na defesa do seu sistema de saúde.

Esse é o momento que também marca o ingresso mais atuante do Movimento Sanitário na arena política. Este adota como marcos estruturantes de seu discurso o combate à aliança empresariado-Estado, que incluía pesadas críticas ao subsidiamento do sistema privado pelo sistema público, e a condenação do padrão hospitalocêntrico de atenção que se instalava na saúde pública.

Apesar disso, o subsidiamento do sistema privado pelo público avança e, mediante sucessivas vitórias em arenas políticas em apoio à expansão de serviços e coberturas e a consolidação de anéis burocráticos, a iniciativa privada em saúde não só auferiu os benefícios da contratação para prestação direta de serviços de saúde financiados pelo setor público, como garante subsídios para reforçar seu parque tecnológico via Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (Cordeiro, 1984) e, mais recentemente, via Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Ao optar pela provisão privada como forma de viabilizar a universalização, sem regular desde o início o escopo de atuação dessa iniciativa privada empresarial, o setor público acaba criando e consolidando bases para a oferta privada de serviços.

Simultaneamente, pelo fenômeno da “universalização excludente” (Faveret & Oliveira, 1990), em que os antigos beneficiários dos Institutos de Aposentadorias e Pensões passam a ter que competir com uma base maior de usuários por acesso a serviços de saúde, consolida-se um aumento de demanda por serviços privados.

Portanto, a superposição de uma proposta universalizante a um sistema de base corporativa gera uma segmentação ainda mais radical do sistema de saúde, com o surgimento de um sistema suplementar cada vez menos pautado em bases mutualistas e mais em lógicas atuariais.

Esse movimento é viabilizado pelo crescimento dos planos empresariais, que propiciam um aumento da autonomia financeira de um

setor privado não assentado sobre bases diretamente vinculadas ao setor público e sustentada por amplo aporte de subsídios estatais diretos e indiretos (Faveret & Oliveira, 1990; Cordeiro, 1984).

Com a consolidação de um padrão de empresariamento privado da saúde, inicia-se uma disputa por segmentos de clientela e especializações, com tentativa do setor privado de preservar suas bases de financiamento públicas mediante uma presença marcante e cada vez mais organizada nas arenas decisórias (Labra, 1993; Costa, 1998) e cada vez mais significativa no mercado.

Talvez o grande entrave ao avanço privatizante sobre a medicina pública na década de 1990, mais do que o recém-vitioso posicionamento pela medicina pública na Constituição Federal, tenha sido a recessão econômica dessa época, que subtraiu poder de compra de serviços ao Estado e à população.

Ainda assim, a disputa por segmentos do mercado público não cessou. À época da criação do SUS e da extinção do Inamps, houve articulações claras do empresariado da medicina para ofertar planos simplificados ao Estado. O Plano Básico de Assistência Médica, inspirado na experiência chilena, foi proposto pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Federação Nacional de Estabelecimentos e Serviços de Saúde (Fenaess), Associação Brasileira de Medicinas de Grupo (Abramge), Sindicato Nacional de Medicina de Grupo (Sinange) e Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde. O Plano Básico de Assistência Médica seria financiado em parte com recursos previdenciários, tendo sido divulgado na mídia no documento “A extinção do Inamps e a saúde do País: mensagem ao presidente da República” de abril de 1993 (Labra, 1993). Esse era um momento de grande vácuo nas propostas para a atenção básica pelo sistema público e de crise nas bases de financiamento pela retração da contribuição da previdência social para o financiamento da saúde. Não por acaso, o Programa de Saúde de Família foi concebido em dezembro do mesmo ano, a partir de reunião convocada pelo gabinete do então ministro Henrique Santillo (Viana, 1998), sob os auspícios de técnicos do Banco Mundial e OPAS (Misoczky, 2003).

É difícil abrir mão da hipótese de que o enorme constrangimento financeiro pelo qual passava a saúde com a perda do financiamento derivado de contribuições sobre a folha de salário para a previdência social não tenha influen-

ciado essa opção. A proposta de o Programa de Saúde da Família atuar como reorientador do modelo de atenção é favorecida pelo discurso anti-hospitalocentrismo do Movimento Sanitário, remanescente da oposição aos anéis burocráticos e da valorização das práticas de prevenção que caracterizam a saúde pública.

Esse é também o momento em que passa a ser fortemente percebida a presença de técnicos de agências internacionais na formatação de políticas nacionais de saúde. Assim, o SUS é contemporâneo à emergência na arena política de organismos internacionais para monitoramento de países endividados, como o Banco Mundial. O Banco vinha se consolidando ao longo da década de 1980 como formulador de recomendações a políticas da área social (Mattos, 2000). Suas idéias, disseminadas em documentos oficiais, configuram as propostas do neo-universalismo e incluem: a segmentação entre serviços básicos e convencionais, com um pacote clínico essencial expresso por cobertura universal de atenção básica; focalização dos gastos públicos nos pobres; e fortalecimento de setores não-governamentais ligados à prestação de serviços, com busca no mercado de serviços não cobertos pelo pacote essencial e estímulo à criação de seguros públicos e privados (Miszky, 2003).

Percebe-se, assim, que as principais decisões sobre o sistema de saúde no país são tomadas com base em convergências de formato que não necessariamente trazem embutidos em si uma convergência de motivações. Exigem a agregação de interesses postados em pontos distintos da arena política, que consideram que aquele formato específico da política contempla seus interesses, não contraria seus interesses ou, minimamente, cria ou mantém abertas janelas de oportunidade para ganhos futuros.

Dessa forma foram cunhadas várias definições de eixos de direcionamento político do SUS, em que diferentes segmentos de interesse apostam em um formato de política que mantém a possibilidade de vitória de seus interesses no futuro, mas igualmente a de outros, às vezes fortemente antagônicos, que apoiaram o mesmo formato de política. É a aposta na postergação de uma definição, na manutenção de uma janela de oportunidade com uma vitória em um momento posterior.

Esse foi o caso, por exemplo, do Programa de Saúde da Família (PSF), da própria consolidação do SUS, quando novos atores de poder político setorial puderam ampliar a oferta de

benefícios para seus colégios eleitorais a custos institucionais irrisórios (Costa, 1998) e antigos interesses preservarem posições estratégicas (Cordeiro, 1991) e das políticas de saúde mental, que, com a desospitalização proposta, contemplavam interesses de redução do ônus representado por esses leitos no País.

Isso não implica que uma política seja sempre consistente em seus efeitos. Interesses contrariados buscam vitórias em rodadas seguintes do processo político. Assim, as segmentações do sistema de saúde são levadas a cabo por complexas negociações políticas e sofrem os impactos das oscilações da conjuntura política e econômica e de legados de escolhas políticas passadas (Immergut, 1992).

A distribuição da oferta pública de serviços entre provedores públicos e privados e as características dos parques tecnológicos de um e de outro são determinadas por critérios econômicos e políticos. Com o crescimento de um mercado privado potencialmente mais rentável, as lógicas da oferta privada passam a determinar a composição do parque empresarial e a criar uma arena de conflito e negociação que tende a ganhar destaque no futuro – a disputa entre provedores de serviços e planos de saúde privados.

Tendências atuais do formato da oferta de serviços no SUS

Uma das hipóteses centrais deste trabalho é a de que, na contramão das propostas universalizantes do SUS, vem se acentuando uma tendência à segmentação de clientela segundo lógicas de mercado (poder de compra), com diferenciações não só da qualidade quanto do tipo de serviço de saúde disponível. A diferenciação na qualidade e nos preços dos produtos já foi apontada por alguns autores para planos privados de saúde (Bahia, 2001) e hospitais filantrópicos (Gerschman, 2003) e é própria da lógica de mercado. No setor público, incorporado como circuito inferior de consumo no mercado de serviços de saúde, verifica-se não só uma diferenciação negativa na qualidade dos serviços, como um aumento da restrição do acesso a produtos de maior complexidade, reforçada pelo padrão de especializações das ofertas de serviços pelos setores público e privado.

Os constrangimentos gerados pelo ajuste macroeconômico transformam o Brasil, segundo a Organização Mundial de Saúde, em um

dos países com índices mais baixos de investimento público no setor saúde no continente americano, uma flagrante contradição para um sistema público de caráter universal. O Brasil gastou 8,8% de seu orçamento com saúde em 2001, ao passo que a Argentina investiu 21,3% nesse mesmo ano e apenas quatro países caribenhos (Trinidad e Tobago, Santa Lúcia, Belize e Jamaica) dedicaram parcelas ainda menores de seus orçamentos à saúde.

Observa-se, assim, uma tendência à especialização do SUS em tecnologias de cuidados de baixa complexidade, como as da atenção básica, inclusive o Programa de Saúde da Família, e persiste o uso de redes de serviço privadas menos valorizadas no mercado e com menor grau de incorporação tecnológica (Bahia, 2001a), às quais vem paulatinamente se somando uma rede pública de hospitais de pequeno porte e baixo grau de complexidade.

O impacto dessa política na rede hospitalar pública mais tradicional é evidente. Mendes (2002) destaca o momento de transição e crise de financiamento vivido pelas organizações hospitalares em âmbito mundial, com uma tendência a mudanças agudas nos perfis de oferta de serviço e na sua inserção em praticamente todos os sistemas de saúde e modelos assistenciais. Essa crise tende a ser sentida de forma mais intensa em países periféricos.

Assim, no processo de municipalização da gestão da saúde, a produção de serviços básicos e a capacidade de gestão da rede hospitalar pelas municipalidades desenvolveram-se a compassos diferentes, estando a primeira em estágio bem mais avançado do que a segunda (Arretche & Marques, 2002) ou recebendo uma prioridade muito maior do que a mesma.

Ao longo da década de 1990, o expressivo crescimento da atenção ambulatorial básica e do PSF foi concomitante à diminuição do financiamento para a oferta de internação hospitalar, sendo verificada também, embora em menor proporção, uma queda no financiamento da média e alta complexidade em relação à atenção básica (Mattos & Costa, 2003).

Não obstante a proposta de reordenamento do modelo a partir de uma perspectiva da atenção básica, as organizações hospitalares continuam a deter um papel importante na oferta de serviços de saúde. Nos levantamentos da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (IBGE, 2000), 26,3% da população ainda recorre a hospitais como serviço de uso regular quando necessita de atendimento médico, sen-

do fundamental o papel do hospital em emergências e contextos onde há demanda por maior concentração de recursos tecnológicos. Em função disso, é significativo o impacto das organizações hospitalares sobre os gastos em saúde. Nas estimativas da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), 50% a 70% dos gastos com assistência à saúde são realizados por hospitais. Segundo documentos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), os hospitais públicos da América Latina gastam 2% do PIB da região (Di Tella, 2001). Partindo-se da estimativa de um gasto público em saúde no Brasil elaborada pela equipe do SIOPS, de 3,39% do PIB para o ano de 2000 (Teixeira & Teixeira, 2003), os gastos específicos no segmento hospitalar público brasileiro acompanhariam o padrão latino-americano.

O volume de recursos envolvido na gestão hospitalar é a provável explicação para a tentativa de reduzir a importância desse segmento na oferta pública de serviços de saúde. Nesse sentido, os hospitais públicos vêm sendo alvo de denúncias e ataques sistemáticos na mídia, cumulados de diagnóstico de ineficiência e baixa responsabilização (Ribeiro *et al.*, 2001).

Embora venha caindo, ainda é significativa a participação do setor privado na oferta hospitalar pública. Nas bases de dados do Datasus, constam, em julho de 1998, 4.089 estabelecimentos hospitalares privados no SUS e, em julho de 2003, 3.497 estabelecimentos. Matos & Pompeu (2003) destacam, em contraposição, o significativo aumento da participação pública na rede hospitalar brasileira, decorrente da maior participação municipal.

Mas as dimensões do parque hospitalar do SUS como um todo tem decrescido. Um levantamento realizado na base de dados do Datasus (SIH/SUS) mostra que, entre abril de 1992 e julho de 2003, houve uma queda de 12% no total de leitos disponíveis no SUS, confirmando-se uma tendência ao crescimento da fatia proporcional ocupada por hospitais públicos e universitários, em detrimento dos privados.

Aliado a isto, ocorre uma previsível retração dos setores mais qualificados da oferta hospitalar privada no SUS para um segmento mais bem financiado, o da saúde suplementar, tendência já prevista por Faveret há quase quinze anos.

A saúde suplementar inicialmente herdou a clientela corporativa excluída do sistema público (Cordeiro, 1984; Faveret, 1990; Werneck Vianna, 1998). Os hospitais públicos ligados aos Institutos de Aposentadorias e Pensões tinham

bases de financiamento corporativas, garantia de representação direta de usuários com interesses francamente convergentes e tradição de identidade como grupo (as corporações de trabalhadores) e uma exigência de “excelência” em seu desempenho promovida por esse arranjo. Essa busca de “excelência”, principalmente no segmento hospitalar, pode estar sendo transferida para o sistema privado. Três elementos caracterizam os planos e os qualificam na percepção do consumidor: a presteza do atendimento (que induz as camadas mais carentes da população a serem sócias de clínicas de subúrbio), o grau de liberdade na escolha dos médicos e a qualidade do parque hospitalar. Um dos principais determinantes de quanto vale um plano de saúde no mercado, portanto, é a qualidade de sua carteira de hospitais.

Quando se analisa a composição do setor hospitalar no Brasil (IBGE, 2002) segundo a natureza jurídica do estabelecimento, o ano de início de atividade e a clientela atendida, observa-se que a clientela particular tem hoje acesso a cerca de 1.400 estabelecimentos de uso exclusivo do sistema privado, a maioria com atividades iniciada a partir da década de 1980, numa tendência incontestável de autonomia e dinamismo, apesar da crise econômica.

Em contrapartida, somente 30% dos hospitais privados contratados ao SUS iniciaram suas atividades depois de 1980 e 60% do parque hospitalar geral do SUS foi fundado antes dos anos 80.

A maior parte do parque mais antigo é composta por hospitais filantrópicos. O segmento filantrópico responde por quase um terço (29,8%) do total de hospitais do SUS, a um terço dos leitos e a 48,5% do segmento privado contratado ao SUS. O estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil (Gerschman *et al.*, 2003) confirma a baixa competitividade da maior parte desse segmento no mercado, reafirmando a característica histórica de setor “dependência” (Faveret, 1990) em relação ao setor público e mostra como também nesse segmento se replicam as segmentações econômicas verificadas por Bahia (2001) para planos de saúde. Entretanto, esse segmento foi responsável por 37,43% das internações do SUS, pelas quais receberam do Ministério da Saúde uma soma de R\$ 1,33 bilhão. Receberam ainda, de janeiro a julho de 2003, recursos do Integrasus – incentivo financeiro destinado especificamente ao setor, compondo um montante de R\$ 182,37 milhões (www.gov.saude.br).

Os hospitais públicos do SUS tendem a ser mais recentes do que os contratados, com 65% das unidades com atividades iniciadas após 1980. Predominam nesse segmento mais moderno pequenos hospitais, com média de leitos inferior a 30, localizados predominantemente na região Nordeste e Centro-Oeste (IBGE, 2002). Essa tendência à criação de um segmento de unidades de internação de pequeno porte pode ser indiretamente aferida pela redução da média de leitos nos hospitais públicos nos últimos dez anos. De acordo com dados do Data-sus, em 1992, a média de leitos de hospitais públicos era de 65,7 leitos por estabelecimento hospitalar, média essa que, em 2003, atinge 55,9 leitos. Como efetivamente houve um aumento do número de hospitais públicos no SUS, que passou de 1.666, em 1992, para 2.217, em 2003, é plausível supor que esse crescimento tenha ocorrido às custas da incorporação de pouco mais de 500 hospitais com média de leitos bem inferior a 40 ou que, alternativamente, tenha ocorrido um significativo fechamento de leitos em hospitais mais antigos do SUS.

Essa tendência contrasta com um padrão histórico de grandes unidades hospitalares mantidas pelo sistema público e pode estar indicando a proliferação de unidades hospitalares de baixa resolubilidade, com criação às vezes mais ligada a interesses políticos do que a critérios técnicos. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde registrava, em 2003, 6.641 estabelecimentos de saúde com internação no país, sendo 39% com menos de 30 leitos. Juntos, os leitos ofertados por esses hospitais compreendiam 8,7% do total de leitos no país (López, 2003).

A dinâmica desses pequenos estabelecimentos merece ser mais bem estudada, tendo em vista que podem começar a estar compondo um modelo alternativo, de redução da segmentação entre hospitais e atenção básica em municípios com sistemas de saúde de implantação recente em que esses hospitais estejam funcionando como retaguardas mais articuladas com a atenção básica (López, 2003). Entretanto, pode servir para consolidar uma opção preferencial pela baixa complexidade, sendo importante não esquecer que dados do próprio Ministério da Saúde em 2001 apontavam taxas de ociosidade de leitos no SUS superiores a 50%, especialmente na baixa complexidade (Gerschman, 2003).

Consoante com a hipótese de especialização em produtos de menor complexidade, entre

maio de 2002 e abril de 2003, a rede pública realizou 82% dos procedimentos ambulatoriais do SUS, contrastando com 14% dos privados e 4% dos universitários (Datusus, 2003). O setor privado, por sua vez, consolida sua especialização na maior complexidade tecnológica, sendo hoje detentor de mais de 80% por cento do parque de equipamentos biomédicos mais sofisticados do país (IBGE, 2002). Entre os procedimentos de alta complexidade (selecionando-se hemodinâmica, terapia renal substitutiva, radioterapia e quimioterapia, ressonância magnética, radiologia intervencionista e tomografia computadorizada), 84% são realizados na rede privada, 8% nas públicas e 8% nas universitárias (Datusus, 2003).

Chamam a atenção também os mecanismos criados para financiar boa parte da alta complexidade. O Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) foi criado em 1999 com o objetivo de permitir o financiamento extrateto, via gestor federal, de procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual ou decorrentes de ações consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde. No momento de sua criação equivalia a 1,23% dos tetos de média e alta complexidade e, em 2002, a 19,08% dos recursos disponibilizados nos tetos dos Estados e Distrito Federal, da ordem de 11,5 bilhões de reais (Souza, 2002). Esse fundo financia uma parcela importante das ações desenvolvidas pela ou de interesse da iniciativa privada, como terapia renal substitutiva, medicamentos excepcionais, kits para Aids, transplantes e incentivos para hospitais filantrópicos. O Fundo não obedece a critérios específicos de alocação e resgata muitas vezes a lógica convenial do Inamps, com concentração das decisões sobre seu uso no gestor federal. A alta complexidade passa, assim, a depender de um fundo específico para seu financiamento, estando prioritariamente concentrada em instituições privadas ou públicas com dupla porta de entrada.

Configura-se, assim, um padrão de financiamento federal, com alto poder de indução, que privilegia a especialização do setor público na baixa complexidade via Piso de Atenção Básica (PAB) e os programas incentivados por seu componente variável e a especialização do setor privado em alta tecnologia via FAEC e remuneração diferenciada de procedimentos mais complexos pela tabela SUS, recompondo o padrão de financiamento privado pela via da maior complexidade.

Por outro lado, o modelo filantrópico tradicional entra em crise, exceto no segmento que acompanha a modernização de gestão e o padrão de venda de alta complexidade para o público (Portela *et al.*, 2002). Mas, reconhecido como “parceiro preferencial do sistema público” pela Constituição, volta a pleitear injeções de recurso público e financiamento com dinheiro barato. Nas eventuais crises políticas provocadas pelo racionamento da maior complexidade de oferta no setor público (como as mortes de bebês em UTIs do Rio e a falta de leitos de UTI no Ceará), o setor privado é acionado como retaguarda tecnológica do sistema e usufrui de negociações não submetidas a vários dos constrangimentos de tabela e tetos financeiros do SUS.

Hoje, a hipótese de que as clientelas de planos privados recorrem a estabelecimentos públicos para procedimentos de maior complexidade não ofertada pelos planos (Bahia, 2001) precisa ser mais bem explorada. O setor público certamente financia direta ou indiretamente o alto custo, mas a garantia da oferta de complexidade é um fator de atração de clientela para os planos. Observa-se uma tendência crescente à restrição do acesso à alta complexidade no setor público, passando a oferta a concentrar-se em estabelecimentos públicos com dupla porta de entrada e privados, em um arranjo confuso de cobertura desse segmento da atenção.

Simultaneamente, o setor privado vem incorporando competência crescente para ofertar maior complexidade, em áreas que tradicionalmente só eram cobertas pelo setor público. O contraste com a percepção de “simplificação” da oferta pública, aliado às dificuldades de acesso, contribui fortemente para o crescimento dos planos de saúde.

Aumento da adesão à saúde suplementar

A implantação do SUS é acompanhada de um expressivo crescimento nos planos de saúde, com coberturas estimadas a partir de pesquisas do IBGE de 7,2% da população na faixa de renda *per capita* de até um salário mínimo, 31,2% na faixa de 1 a 3 salários mínimos, 63,1% na população de 3 a 9 salários mínimos e 83,2% na população com renda superior a 9 salários mínimos *per capita* (Kilstajn *et al.*, 2002).

Os números do Banco Mundial mostram um avanço do gasto privado e redução do gasto público em saúde (Medici, 2002; Biasotto, 2003)

e vários outros dados corroboram a hipótese de crescimento do segmento privado como provedor de assistência médica. Entre esses, destacam-se os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que, embora devam ser analisados com restrições, mostram o crescimento sistemático do número de beneficiários informados, hoje superior a 37 milhões.

Também as informações sobre deduções de pessoas físicas no imposto de renda com saúde corroboram a hipótese de crescimento da saúde privada. Na consolidação dos benefícios tributários da Receita Federal, as deduções do rendimento tributável de pessoas físicas nos anos de 1998 somaram 929,555 milhões de reais (0,099% do PIB), tendo saltado para 1,168 bilhão em 2000 (0,11% do PIB) e para 2,338 bilhões em 2002 (0,18% do PIB).

Medici (2003), a partir dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, assinala um incremento nos gastos das famílias em planos de saúde, que passam de 11,2% do total de gastos com saúde, em 1988, para 29,02%, em 1996, sendo esse aumento mais marcante em capitais do Norte e do Nordeste do que em outras regiões do país.

Apesar da recessão econômica e do SUS, não tem ocorrido retração do mercado dos planos de saúde. Caso o SUS estivesse oferecendo produtos percebidos como comparáveis aos oferecidos pelos planos, seria esperado que eles experimentassem uma redução no seu número de beneficiários. O crescimento dos planos e da iniciativa privada microempresarial ameaça a tese de universalidade do SUS e cria a possibilidade de crescente focalização da oferta no sistema público.

O usuário da medicina dos planos de saúde é, em geral, destituído do poder de pressão próprio da organização corporativa de sistemas de saúde. No entanto, a importância política crescente desse segmento é ilustrada pelas pressões para aprovação da lei 9.565/98 e da criação da ANS (Pereira, 2001). Nesse sentido, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem reforçar a credibilidade do setor privado, diferenciando-a ainda mais do público.

Os números de filiados a planos de saúde da ANS não levam em conta o crescimento de clínicas e laboratórios populares e “planos” não registrados na ANS, cuja existência é apontada nos estudos sobre hospitais filantrópicos (Gerschman, 2003). Há indicações de que esse segmento e o desembolso direto por populações mais pobres (Bahia, 2001a) possa estar crescen-

do. Estes são fenômenos que merecem ser estudados de forma mais sistemática.

Perspectivas para o fortalecimento de arranjos institucionais do SUS

O caráter universalista do SUS parece desacreditado nos grandes centros urbanos, onde a percepção de contraste entre a qualidade do sistema público e privado, reforçada pela mídia, é muito intensa, favorecendo o avanço dos planos. Portanto, já é evidente uma segmentação público-privada que relega o SUS a produto de consumo de circuitos inferiores.

No plano das especializações tecnológicas, o padrão SUS hoje parece estar caminhando no sentido do “plano de cuidados básicos” preconizados pelo Banco Mundial, aliado a um “estoque” de maior complexidade, de maior ou menor porte, dependente do interesse e das pressões do mercado no sentido da compra desses produtos pelo setor público e da disponibilidade financeira ou política do setor público para adquiri-los.

Assim, cuidados de maior custo e complexidade na saúde pública podem passar a ser cada vez mais dependentes de mecanismos de acesso clientelistas ou judicializados. A via judicial garantiria, pela justiça comum ou atuação do Ministério Público, acessos individuais ou de segmentos específicos a serviços específicos, o que pode, eventualmente, reforçar distribuições iníquas de benefícios. Cabe analisar se a estratégia de abrir mão da provisão direta de serviços de maior complexidade é a mais conveniente para garantir os princípios de universalidade do SUS.

A convergência entre os formatos de políticas para a área de saúde e o desenho das políticas de organismos internacionais, como o Banco Mundial (Misoczky, 2003) é, de fato, cada vez mais impressionante. Entretanto, as políticas de saúde formuladas nos últimos anos simultaneamente contemplam discursos históricos do Movimento Sanitário e vão ao encontro de interesses do empresariado nacional da saúde, propiciando a expansão do mercado privado, e de elites políticas subnacionais, que vislumbraram no SUS formas de garantir financiamento setorial na saúde, ainda que parcial, para seus colégios eleitorais.

Nesse panorama, os hospitais públicos, mais fortemente castigados pela crise, poderiam estar desempenhando um papel estratégico, tanto na

busca de meios que assegurassem uma atuação mais coordenada com o sistema de saúde, que reduzisse superposições de atividades e ineficiência, quanto por uma maior presença no cenário de discussão das políticas de saúde. Que arranjos institucionais tornam tão pouco expressiva a presença organizada de profissionais de saúde do setor público e, principalmente, de gestores de unidades públicas de saúde, na arena política que define segmentações e “modelos de atenção” para as políticas nacionais de saúde, que necessariamente irão impactar na configuração global do sistema de saúde? Se o setor de hospitais privados tem tantas associações (Labra, 1993), por que somente os hospitais públicos universitários tiveram a mesma iniciativa?

A situação atual aponta para uma baixa capacidade de articulação entre as unidades de saúde e acesso restrito a instâncias dirigentes de sistemas locais e nacionais por parte de dirigentes dessas unidades de saúde. Essas condições tendem a ser determinadas por arranjos institucionais e organizacionais cujos impactos se expressam em uma combinação duplamente empobrecedora para a saúde pública: no plano político, pela ausência desses atores na arena política e, no plano administrativo, como falta de articulação administrativa entre as unidades de saúde.

Costa (1998) destaca a *fragilidade institucional do setor de atendimento público nos anos 90, apesar da grande inventividade da inovação política*. As Normas Operacionais Básicas consagraram uma estrutura institucional que confere um peso elevado para o gestor federal, as comissões intergestores e as associações de secretários municipais e estaduais de saúde, que têm assento privilegiado em estruturas de conselhos e conferências de saúde. Assim, tendem a se configurar redes de elaboração de políticas cada vez mais especializadas e com tendências oligárquicas, nas quais predominam representantes legais e politicamente qualificados da burocracia estatal, com primazia das esferas técnico-políticas em detrimento do controle social (Labra, 1999).

Hoje, os espaços políticos de representação definidos para usuários e profissionais e dirigentes de unidades de saúde, que certamente detêm uma parcela importante de informação e da inteligência sobre a dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde, estão restritos à participação nos Conselhos de Saúde. Cortes (1998) considera que só há participação dos Conselhos na medida em que se cria a possibili-

dade de tomar parte no processo de decisão política. E o papel político dos Conselhos muitas vezes não é identificado no discurso de conselheiros representantes de usuários, que é pautado pela descrença de que de fato possam contribuir para a saúde da população (Gerschman, 2003).

Outro ponto a considerar é o fato de organizações excessivamente inclusivas poderem agir como freio à maior mobilização, em função da fragmentação e conseqüente debilidade do processo decisório interno (Almeida, 1997). Por pretender agregar vários interesses já formatados em consensos, a capacidade de expressão consistente de interesses organizados pelos Conselhos fica diluída. Propostas e interesses se descaracterizam em disputas anteriores a sua exposição a atores políticos de maior peso, como os da medicina privada ou organismos internacionais, fragilizando sua expressão na arena política.

Os Conselhos pressupõem longos tempos de maturação política para se tornarem mais atuantes ou, então, a existência de arranjos associativos bem estruturados anteriores (Labra, 2003), que fortaleçam a representatividade. Portanto, é possível que sejam arranjos institucionais de desenho sofisticado ou difuso demais para se contraporem de imediato a sistemas de representações de interesses já muito mais maduros e convergentes e com interfaces privilegiadas no âmbito decisório.

Para preservar a qualidade da oferta do SUS, é possível que seja necessário tanto tentar acelerar o processo de amadurecimento dos conselhos, reforçando a consciência de seu papel político, quanto fomentar a organização de representações com maior convergência imediata de interesses e de discurso, como profissionais de saúde ativamente envolvidos na prestação de serviços em hospitais públicos, em especial os médicos.

Os serviços públicos da saúde podem vir a ser um local privilegiado para explorar a natureza, os interesses, os objetivos e as expectativas desses profissionais (entre os quais talvez os diretores de unidades de saúde pública sejam atores de destaque) e para a reconstituição de redes interorganizacionais de representação de interesses que possam favorecer o fortalecimento dos princípios básicos de equidade e integridade do SUS.

Contribuição individual

Maria Angélica Borges dos Santos trabalhou na concepção original, revisão bibliográfica e de dados, redação do texto; e Silvia Gerschman, na orientação teórica e bibliográfica e revisão final dos conceitos e textos

Referências bibliográficas

- Almeida CM 1997. Médicos e Assistência Médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão. *Cadernos de Saúde Pública* 13(4):656-676.
- Arretche M & Marques E 2002. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder de voto e estratégia de governo. *Ciência e Saúde Coletiva* 7(3):455-479.
- Bahia L 2001. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva* 6(2):329-339.
- Bahia L 2001a. O mercado de planos de saúde no país: tendências pós-regulamentação, pp. 325-362. In B Negri & G Di Giovanni. *Brasil: radiografia da saúde*. Instituto de Economia, Unicamp, Campinas.
- Biasotto G 2003. *Padrões de financiamento e tendência da composição dos gastos com saúde*. Apresentação no seminário "A regulação das relações entre o público e o privado nos Sistemas de Saúde das Américas". Rio de Janeiro, 1º e 2 de dezembro de 2003.
- Conde MVF 1996. *O Banco Mundial e a Saúde nos anos 90: um novo paradigma de reforma sanitária*. Dissertação de mestrado em Ciências na área de saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Cordeiro HA 1991. *Sistema Único de Saúde*. Ayuri Editorial, Rio de Janeiro.
- Cordeiro HA 1984. *As empresas médicas*. Edições Graal, Rio de Janeiro.
- Cortes SMV 1998. Conselhos Municipais de Saúde: possibilidades dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Ciência e Saúde Coletiva* 3(1):4-37.
- Costa NR & Ribeiro JM 2001. *A política regulatória e o setor Saúde: notas sobre o caso brasileiro*. Texto preparado para o Simpósio de Regulamentação dos Planos de Saúde, Brasília, Senado Federal, 28-29 de agosto de 2001.
- Costa NR 1998. *Políticas públicas, justiça redistributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social*. Hucitec, São Paulo.
- Di Tella R & Savedorff WD 2001. *Diagnosis corruption: fraud in Latin American hospitals*. Capítulo 1 OPAS.
- Faveret Filho P & Oliveira JO 1990. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. *Planejamento e Políticas públicas* 3:139-162, junho, IPEA.
- Gerschman S et al. 2003. O setor filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde. *Revista de Administração Pública* 37(2):265-283.
- Gerschman S 2003. *Os Conselhos Municipais de Saúde. Atuação e representação das comunidades populares*. (Mimeo).
- Giaimo S 2001. Who pays for health care reform?, pp. 334-367. In P Pierson (ed.). *The new politics of the Welfare State*. Oxford University Press.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2000. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- 1998, IBGE, Rio de Janeiro.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2002. *Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária*. IBGE, Rio de Janeiro.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2003. *Estatísticas do século XX*. IBGE, Rio de Janeiro.
- Immergut EM 1992. *Health politics interests and institutions in Western Europe*. Cambridge University Press.
- Immergut EM 1996. As regras do jogo; a lógica das políticas de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 11(30):139-165.
- Kilsztajn S et al. 2002. Gasto privado por classes de renda. *Revista da Associação Médica Brasileira* 48(3):258-262.
- Labra ME 1993. Associativismo no setor Saúde brasileiro e organizações de interesse do empresariado médico. *Physis- Revista de Saúde Coletiva* 3(2):193-225.
- Labra ME 1999. Análise de políticas, modos de policy making e intermediação de interesses: uma revisão. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 9(2):131-166.
- Labra ME 2003. *Aspectos teóricos da implementação de políticas. Subsídios para analisar o SUS*. Texto apresentado ao VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. UnB, Brasília.
- López EM 2003. Um novo modelo de atenção para hospitais de pequeno porte. Apresentação no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. UnB, Brasília.
- Malloy JM 1991. *A política da previdência social no Brasil*. Ed. Graal, Rio de Janeiro.
- Marques EC 1997. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais* 43:67-102.
- Matos CA & Pompeu JC 2003. Onde estão os contratos? Análise da Relação entre os prestadores de serviços privados e o SUS. *Ciência e Saúde Coletiva* 8(2):629-644.
- Mattos R 2000. *Desenvolvendo e oferecendo idéias: um estudo sobre a elaboração da proposta de política de saúde no âmbito do Banco Mundial*. Tese de doutorado apresentada ao curso de pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro.
- Mattos R & Costa NR 2003. Financiando o SUS: algumas

- questões para debate. *Trabalho, Educação e Saúde* 1(2):315-334.
- Medici AC 2002. *Financing health policies in Brazil: achievements, challenges and proposals*. Sustainable Development Technical Department Papers Series. Inter-American Development Bank.
- Medici AC 2003. *Family spending on health in Brazil: some indirect evidence of the regressive nature of health spending in health*. Sustainable Development Technical Department Papers Series. Inter-American Development Bank.
- Mendes EV 2002. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza.
- Misoczky MCA 2003. O Banco Mundial e a reconfiguração do campo das agências internacionais de saúde. *Revista de Administração Pública* 37(1):75-98.
- Misoczky MCA 2003a. *O Banco Mundial, seu papel na reconfiguração do campo das agências internacionais de saúde e sua influência na América Latina*. Documento para discussão apresentado no VII Congresso Latino Americano de Ciências Sociais e Saúde. Angra dos Reis (RJ) de 19 a 23 de outubro de 2003.
- Nunes E 1997. *A gramática política brasileira*. Editora Zahar, Rio de Janeiro.
- Oliveira JAAO & Teixeira SMF 1986. *Imprevidência social: 60 anos de história da Previdência Social*. Editora Vozes, Rio de Janeiro.
- Pereira C, Costa N & Giovanella L 2001. O jogo da regulação da saúde suplementar. *Novos Estudos*. 60. CEBRAP: 151-163.
- Portela MC et al. 2002 *Hospitais Filantrópicos no Brasil*; Pedro Ribeiro Barbosa (coordenador) - BNDES
- Ribeiro JM, Costa NR & Silva PLB 2001. Inovações na gestão descentralizada de redes e organizações hospitalares: os casos das regiões metropolitanas do Rio e de São Paulo, pp. 555-578. In B Negri & G Di Giovanni. *Brasil: Radiografia da saúde*. Instituto de Economia, Unicamp, Campinas.
- Rizzoto MLF 2000. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil: um projeto de desmonte*. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- Souza RR 2002. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 8(2):449-460.
- Teixeira HV & Teixeira GT 2003. Financiamento da Saúde Pública no Brasil: a experiência do SIOPS. *Ciência e Saúde Coletiva* 8(2):379-392.
- Viana ALA & Dal Poz MR 1998. Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família. Informe final *Série Estudos em Saúde Coletiva* 166.
- Werneck Vianna, MLT 1998 *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Editora Revan, Rio de Janeiro.

Artigo apresentado em 22/1/2004

Aprovado em 12/4/2004

Versão final apresentada em 28/6/2004