

## Capítulo 19

### DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

*JARBAS BARBOSA<sup>1</sup>*

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi fundado com base na concepção de que a saúde é um direito social que deve ser assegurado pelo Estado. Coerente com esse princípio, a Constituição Federal (CF), em seu art. 196, estabelece que a saúde é um “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”.

No momento da sua criação, o SUS produziu um enorme movimento de inclusão social, ao assegurar a mesma cobertura de serviços de saúde a todos os brasileiros, superando a divisão existente, até então, entre os trabalhadores urbanos e os rurais e entre os que contribuía para o sistema previdenciário e aqueles que não o faziam. Entretanto, passados 22 anos, o SUS ainda enfrenta fortes limitações para conseguir cumprir o preceito constitucional que embasou a sua concepção. Pior, alguns condicionantes que o têm acompanhado estão consolidando características que vão de encontro aos seus princípios.

Além desses desafios resultantes das escolhas políticas e administrativas realizadas nas últimas duas décadas, o SUS também se depara com a necessidade de responder a uma situação de saúde complexa, influenciada por determinantes sociais com indicadores ainda adversos; pela transição demográfica por que passa o País; e pelo perfil epidemiológico brasileiro, que exhibe uma superposição de problemas com causalidade distinta, a impactar a morbidade e a mortalidade. Nesse artigo, são apresentados e discutidos alguns dos principais desafios que se colocam diante do SUS.

---

<sup>1</sup> Consultor Legislativo, médico, especialista em Saúde Pública e em Epidemiologia pela Fiocruz, mestre e doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp.

## **1 O desafio dos determinantes da situação de saúde**

Apesar de melhorias ocorridas nas décadas recentes, o Brasil ainda apresenta um quadro desfavorável em relação a vários determinantes sociais que têm influência sobre a situação de saúde. Essa realidade exige que, além de atuar como provedor de ações e serviços de saúde, o SUS desempenhe um papel de liderança na elaboração de agendas multissetoriais que busquem reduzir o impacto desses determinantes.

O País experimentou um processo acelerado de urbanização nas últimas décadas, com a percentagem de população que vive nas cidades evoluindo de 31%, em 1940, para 81%, no ano 2000 [2]. Esse movimento demográfico criou cidades sem infraestrutura adequada de serviços, como rede de abastecimento de água, esgotamento sanitário e recolhimento adequado de lixo, propiciando condições para a emergência ou a reemergência de doenças, a exemplo da dengue. No Brasil, 21,4% dos domicílios ainda não contam com acesso às redes de abastecimento de água, proporção que varia desde os 54,7% existentes na região Norte até os 12,5% encontrados na região Sudeste – respectivamente, a pior e a melhor situação regional para esse indicador [3].

Em relação à cobertura de esgotamento sanitário, condicionante fundamental para evitar a transmissão de várias doenças infecciosas, como as diarreias e a hepatite A, somente 44% dos domicílios brasileiros têm acesso a esse tipo de serviço. Aqui também a desigualdade regional é muito evidente, pois a região Norte exibe um índice de 3,8%, enquanto o Sudeste alcança os 69,8%. Entre as 27 unidades federadas, apenas três – o Distrito Federal (86,3%), São Paulo (82,1%) e Minas Gerais (68,9%) – apresentam mais da metade dos domicílios atendidos por rede geral coletora de esgoto [3].

Na educação, reconhecido fator de promoção da saúde, também há uma situação adversa. A taxa de analfabetismo entre as pessoas com 15 anos ou mais de idade ainda é elevada – 9,7% do total, representando 14,1 milhões de pessoas. Esse indicador piora quando se considera o analfabetismo funcional (pessoas com 15 anos ou mais de idade e menos de quatro anos de estudo), que alcança 20,3% das pessoas naquela faixa etária. O Nordeste tem a maior taxa de analfabetismo, 18,7%, enquanto o Sul, com 5,5%, tem a menor [4].

Outro determinante que produz impactos negativos na saúde são as violências e acidentes, que, além de sobrecarregar os serviços de saúde, reduzem a expectativa de vida em 2 a 3 anos, por atingir principalmente a população mais jovem [5].

A superação das desigualdades de condições de vida entre as regiões e entre as unidades da Federação constitui outro desafio importante. A população da região Nordeste, por exemplo, tem esperança de vida ao nascer cinco anos menor do que a da região Sul [5].

## **2 O desafio do financiamento**

O gasto total com a saúde representa 8,4% do nosso Produto Interno Bruto (PIB), valor que nos aproxima dos percentuais exibidos por países desenvolvidos que contam com sistemas públicos de acesso universal, semelhantes ao SUS. Entretanto, no Brasil, apenas 42% desse total correspondem a gastos públicos, enquanto naqueles países, o gasto público nunca é inferior a 70%. Mesmo países que não têm sistemas universais, como o Chile e a Argentina, apresentam um gasto governamental *per capita* com saúde de US\$ 507 e US\$ 671, respectivamente, contra apenas US\$ 348 do Brasil [6][7].

A partir da aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 (EC 29), os gastos públicos com a saúde cresceram, passando de 2,89% do PIB, em 2000, para 3,55%, em 2006. Esse aumento refletiu-se em um incremento no gasto *per capita*, que passou de R\$ 200,44 para R\$ 513,13 no mesmo período. Entre os estados, o percentual de gasto público em saúde apresenta grandes variações, indo desde 1,44%, no Distrito Federal, até 7,79%, no Acre [6].

Os gastos da União com saúde cresceram 117% entre 2000 e 2007, ao passo que os gastos estaduais cresceram 285% e os municipais, 249%. Dessa forma, a participação da União no total de gastos públicos com saúde apresenta uma redução relativa, caindo de 59,8%, em 2000, para 46,9%, em 2007 [8].

Essa realidade de financiamento produz impactos sobre a cobertura e a qualidade dos serviços oferecidos e vai configurando um sistema de saúde distinto do previsto na Constituição. Os gastos privados, originários das empresas e das famílias, com planos e seguros de saúde, medicamentos e outras despesas, atingem 58% do total gasto em saúde no País, produzindo distorções importantes no SUS [9].

As pessoas têm suprido, de maneira crescente, com recursos do seu próprio bolso, as deficiências do sistema. Os gastos das famílias com assistência à saúde cresceram 71% desde meados da década de 1970 até o ano passado, quando alcançaram 7,2% do total do orçamento das famílias. Os mais pobres gastam 4,2% do seu orçamento com a compra de medicamentos, enquanto a classe média adere crescentemente aos planos e seguros privados [9].

Apesar da garantia do acesso universal e gratuito aos serviços de saúde, 26% da população brasileira (49,2 milhões de pessoas) dispõem de pelo menos um plano de saúde. Nas áreas urbanas, o percentual de pessoas atendidas por planos de saúde é de 29,7%, valor que alcança apenas 6,4% nas áreas rurais. No Sudeste e no Sul, os percentuais atingem 35,6% e 30,0%, respectivamente – cerca de três vezes mais do que os verificados no Norte (13,3%) e no Nordeste (13,2%). Entre os que têm renda familiar superior a cinco salários-mínimos, esse percentual já alcança os 82,5% [9][10].

Mantidas as atuais tendências, o SUS vai se consolidando como um sistema de saúde para os pobres, para os que não podem pagar um seguro privado. Esse cenário fortalece um círculo vicioso, pois a baixa qualidade dos serviços que são oferecidos somente para os pobres contribuirá para aumentar o número dos que tentam *escapar* do SUS adquirindo planos e seguros privados. Não por acaso, as áreas onde o SUS tem efetivamente um alcance universal, como a vacinação, transplantes, medicamentos de aids, entre outras, são consideradas como as de melhor qualidade.

### **3 O desafio da transição demográfica**

Em 1990, o crescimento populacional do Brasil era de 1,7%, passando a 1,2% em 2008, o que indica que o País experimentou desaceleração importante em seu crescimento populacional em anos recentes. Esse resultado é coerente com a observação de queda da taxa de fecundidade, que passou de 2,8 filhos por mulher, em 1990, para 2,2, em 2008 [11].

O Brasil vive atualmente o processo denominado de transição demográfica, caracterizado pela redução das taxas de fecundidade e de mortalidade precoce, incremento na esperança de vida ao nascer e o conseqüente envelhecimento da população. Entre 1991 e 2007, a esperança de vida ao nascer da população brasileira cresceu de 67,0 anos para 72,6 anos, um aumento de 5 anos e 6 meses. Apesar desse avanço, os brasileiros ainda vivem, em média, sete anos menos do que os chilenos e a desigualdade interna é muito importante, pois quem nasce no Estado de Alagoas tem uma esperança de vida mais de oito anos menor do que quem nasce no Distrito Federal [7][11].

O envelhecimento da população pode ser constatado pelo crescimento da proporção de pessoas com 65 e mais anos de idade, que representavam 4,9% da população total brasileira em 1995 e chegaram a 6,5% em 2008. Essa tendência representa um potencial

de aumento da demanda por serviços de saúde, particularmente em relação às doenças crônicas, cuja incidência é maior nos grupos etários mais avançados.

#### **4 O desafio da diversidade epidemiológica**

O quadro sanitário do Brasil é caracterizado por um padrão epidemiológico complexo, com as doenças crônicas e as causas externas sendo responsáveis pela maioria das mortes, enquanto as doenças infecciosas ainda mantêm um peso importante sobre a carga de morbidade. Essa situação exige que o SUS desenvolva uma política de saúde integral, envolvendo ações preventivas, em vários níveis, articuladas com ações assistenciais de complexidade crescente, desde a atenção básica até ações de alta complexidade.

As doenças do sistema circulatório são responsáveis por 32% do total de mortes, enquanto as neoplasias ocupam o segundo lugar, com 16,5%. As doenças infecciosas e parasitárias respondem por 5% e chama a atenção que 13,6% das mortes que ocorrem no País se devam a acidentes e violências.

Nos últimos dez anos, as causas de morte que apresentaram o maior crescimento proporcional foram a doença hipertensiva (55%), o *diabetes mellitus* (38%) e os homicídios (10%). O crescimento da taxa de mortalidade por diabetes foi mais acentuado no Nordeste, para todas as faixas etárias, atingindo 5,6% de crescimento anual para as mulheres entre os 60 e 74 anos, no período de 1990 a 2006 [12][13].

A mortalidade precoce por algumas doenças crônicas é elevada, provavelmente por dificuldade de acesso ao diagnóstico e ao tratamento. No Brasil, 28,7% das mortes por acidente vascular cerebral acontecem em pessoas com menos de 65 anos, enquanto no Canadá esse percentual é de apenas 8,6% [7].

Os principais fatores de risco para as doenças crônicas, como o tabagismo, a obesidade, a inatividade física e o abuso do álcool, apresentam tendência de crescimento entre as pessoas mais pobres e menos instruídas. Entre os que têm menos de um ano de instrução, apenas 9,5% praticam esportes ou exercícios físicos, e 25,7% fumam; já na população com 11 ou mais anos de estudo, 37% são ativos fisicamente e o tabagismo reduz-se para 11,9% [10].

Em relação às doenças transmissíveis, há avanços importantes em relação às doenças preveníveis por imunização, como a manutenção da eliminação da poliomielite desde 1989, a interrupção da transmissão autóctone do sarampo desde o ano de 2000 e a redução expressiva no número de casos e mortes pelas doenças desse grupo.

Em relação à aids, observa-se uma tendência de redução em sua incidência nos anos recentes, principalmente na região Sudeste. Nas regiões Sul e Centro-Oeste, a redução é menos acentuada, enquanto, no Norte e Nordeste, a epidemia ainda continua em crescimento. A taxa de mortalidade pela aids cresceu entre 1988 e 1995, quando o coeficiente passou de 1,45 para 9,54 óbitos/100.000 habitantes. A partir de então, observa-se uma progressiva redução, até atingir 6,05/100.000 hab. em 2005. Essa redução iniciou-se no período da introdução, no País, do tratamento universal com antirretrovirais.

Entre as chamadas doenças emergentes e reemergentes, a dengue persiste como um grave problema de saúde pública, com a ocorrência de surtos frequentes, associados à introdução de novos sorotipos em áreas anteriormente indenes ou à recirculação após longos períodos. Como resultado das sucessivas ondas epidêmicas, a ocorrência de casos graves da dengue e de febre hemorrágica da dengue (FHD) tem crescido. A taxa de hospitalização por dengue e por FHD cresceu oito vezes entre 1998 e 2008, elevando-se de 2,7 para 22,2/100.000 hab., apontando para uma tendência importante, que pode produzir impactos sobre os serviços de saúde e aumentar a mortalidade relacionada com essa doença.

A malária, que tem registrado uma média de trezentos mil casos anuais, nos últimos dois anos, está altamente concentrada na região amazônica, que responde por 99,8% do total de casos do País. As demais regiões apresentam poucos casos, geralmente importados de outros estados ou de países onde a doença é endêmica.

A tuberculose ainda representa um importante problema de saúde pública no Brasil, com o registro de mais de 72 mil novos casos e 4,5 mil mortes por ano. A taxa de incidência é de 38,2 casos/100.000 hab. (2007), indicador que coloca o Brasil entre os 20 países com a maior carga dessa doença no mundo. As regiões Norte (45,02/100.000 hab.) e Sudeste (41,18/100.000 hab.) registram taxas de incidência superiores à média nacional. Entre os estados, o Rio de Janeiro apresenta a maior taxa – 73,27/100.000 hab. –, superior em 91,7% à média nacional.

Em relação às chamadas doenças negligenciadas, o Brasil encontra-se no processo de eliminar a filariose linfática, hoje restrita ao foco da região metropolitana de Recife, e a oncocercose, que ocorre na área habitada pelos índios yanomamis, no Estado de Roraima. Todavia, persistem problemas importantes, como a hanseníase, com o Brasil ostentando o título de único país do mundo a não atingir o patamar de eliminação dessa doença como

problema de saúde pública – prevalência menor que 1 caso por 10.000 habitantes –, como foi aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde em 1991.

Outras doenças para as quais também há disponibilidade de medicamentos e estratégias eficazes, como a esquistossomose, as helmintíases e a sífilis congênita, ainda se encontram em níveis muito elevados, afligindo principalmente a população pobre e de áreas rurais. Como exemplo, a sífilis congênita, que é eliminável com estratégias simplificadas de detecção e tratamento durante a gravidez, ainda apresentou 5.102 casos no País em 2007, com a região Nordeste sendo responsável por 1.683 desse total [14].

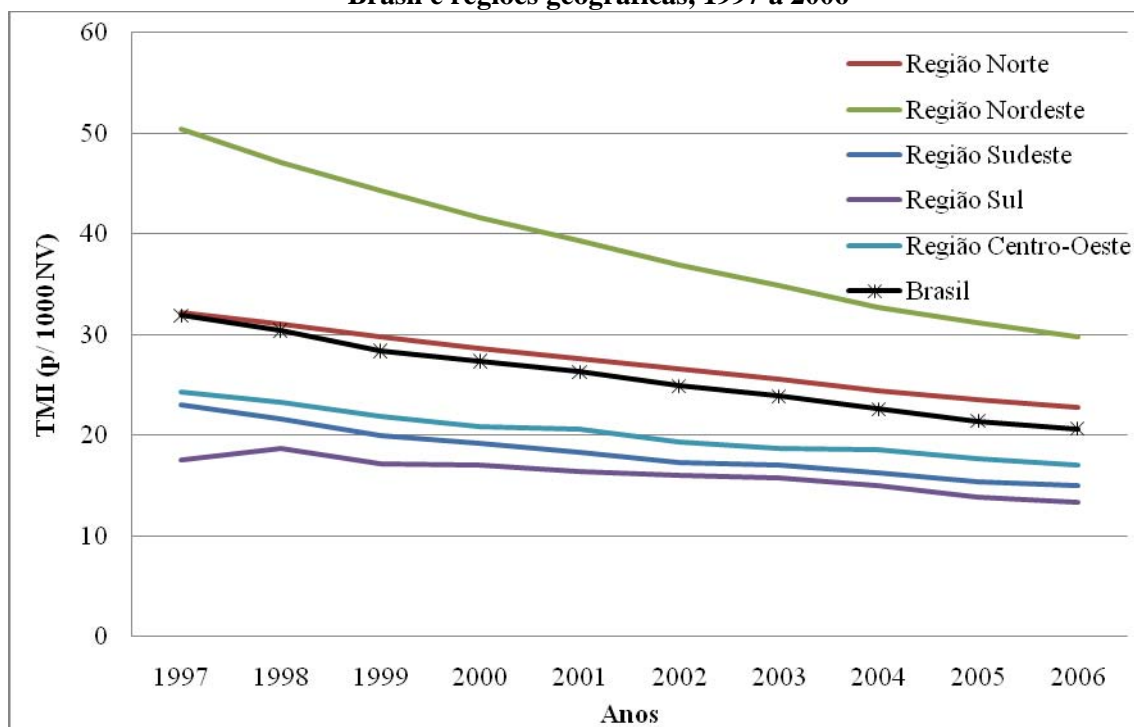
## **5 O desafio das desigualdades regionais: o caso da mortalidade infantil**

As desigualdades encontradas nos indicadores de saúde, entre as unidades federadas e as regiões do Brasil, refletem as diferenças nas condições de vida e também no acesso aos serviços de saúde. O elevado grau dessas desigualdades, que muitas vezes ficam ocultas quando são analisados apenas os valores médios nacionais, exige a construção de políticas específicas visando a sua superação. Essa importante dimensão da situação de saúde do País pode ser bem compreendida a partir da taxa de mortalidade infantil (TMI), indicador que mede o risco de morte antes do primeiro ano de idade para uma criança que nasce viva e é considerado um dos que mais bem sintetiza as condições de saúde de uma população.

Entre 1996 e 2006, a TMI apresentou uma redução de mais de 40%. Ainda assim, o resultado desse indicador em 2007, de 20,70 mortes por 1.000 nascidos vivos (NV), pode ser considerado como muito elevado, se compararmos com as taxas apresentadas por outros países da América Latina, como México (18,19), Argentina (14,07) e Chile (7,52) [6][7].

Entre as regiões e as unidades da Federação há uma desigualdade importante para a TMI. No gráfico mostrado na Figura 1, analisando-se a TMI para o período de 1997 a 2006, observa-se que, apesar de a região Nordeste ter apresentado um maior percentual de redução, aproximando-se das outras regiões, o valor da TMI no final do período chega a 29,76, mais que o dobro da apresentada pela região Sul, que foi de 13,34.

**Figura 1. Taxa de mortalidade infantil (TMI) por 1.000 nascidos vivos (NV).  
Brasil e regiões geográficas, 1997 a 2006**



Nas unidades da Federação, a desigualdade entre os valores da TMI também é flagrante. O risco de uma criança nascida em Alagoas morrer antes de completar um ano (42,7) é mais de três vezes maior do que o de uma nascida no Distrito Federal (12,8) [6].

As causas da mortalidade infantil são distintas para cada um dos componentes em que ela se divide, de acordo com a idade em que ocorre a morte: neonatal precoce (0 a 6 dias); neonatal tardia (7 a 27 dias); e pós-neonatal (28 a 364 dias) [15].

O componente pós-neonatal da mortalidade infantil é fortemente relacionado com causas evitáveis, como as doenças infecciosas, principalmente as diarreias e as pneumonias, e bastante influenciado pelas precárias condições de vida. Esse foi o componente que mais se reduziu no País nos últimos 25 anos, a uma taxa média de 8,1% ao ano, provavelmente como resultado da ampliação do acesso à água, ao saneamento e às ações e serviços de saúde; da melhoria da cobertura vacinal; e da redução da desnutrição. Apesar desse avanço, esse componente ainda apresenta uma taxa de 11 mortes por 1.000 NV no Nordeste, mais do que o dobro da taxa verificada nas regiões Sul e Sudeste [16].

Na atualidade, dois terços das mortes infantis ocorrem no período neonatal, antes de a criança completar 28 dias de idade, por causas relacionadas com problemas na cobertura e na qualidade da atenção à gravidez, ao parto e ao recém-nascido. Essas mortes distribuem-se



equitativamente entre o período neonatal precoce e o tardio, e têm se mantido em níveis considerados elevados nos últimos anos. A taxa de mortalidade neonatal (TMN) do Brasil era de 14,2/1.000 NV em 2005, quase três vezes maior do que a do Chile, que era de 5,2/1.000 NV naquele mesmo ano [17].

## **6 O desafio da cobertura, qualidade e gestão dos serviços de saúde**

A atenção primária em saúde tem ampliado sua cobertura no País por intermédio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que começou a ser implantada em meados da década de 1990. Em 2008, 27,5 milhões de domicílios, correspondendo a 47,7% do total, estavam cadastrados na ESF. A região Nordeste concentra 35,4% do total de domicílios cadastrados, seguida da região Sudeste, com 33,1%: da região Sul, com 16,5%: do Centro-Oeste, com 7,6%; e do Norte, com 7,4% [6].

O número de leitos hospitalares vinculados ao SUS por habitante tem uma variação importante entre as unidades da Federação. A média do País é de 1,96 leitos por 1.000 habitantes, taxa que pode ser considerada adequada. Entretanto, enquanto em Roraima essa taxa é de 1,60, no Rio de Janeiro alcança 2,40. Esses valores são ainda mais desiguais se levarmos em consideração que a população que tem acesso aos leitos hospitalares privados, sem vínculo com o SUS, é menor no Norte e no Nordeste [6].

Não existem, no Brasil, avaliações realizadas de maneira sistemática sobre a qualidade dos serviços de saúde prestados à população. Entretanto, é possível analisar a situação da cobertura e da qualidade dos serviços de saúde utilizando indicadores baseados em dados secundários, pesquisas de base populacional e resultados de estudos recentes sobre o tema.

A ampliação da cobertura populacional pelos serviços de saúde necessita ser acompanhada por melhorias na qualidade dos serviços prestados, de acordo com os dados disponíveis. Entre as ações básicas de saúde, por exemplo, recente inquérito populacional, realizado para avaliar a real situação da cobertura vacinal nas capitais brasileiras, mostrou que 19% das crianças não tinham recebido o esquema vacinal completo. Esse percentual se eleva para 32% quando se avalia também se as vacinas foram aplicadas de acordo com o calendário oficial. Manaus e Macapá apresentaram cobertura com doses válidas abaixo de 50%. Essa situação, que deve ser pior nas áreas rurais, aponta para a necessidade de

identificação e superação de problemas no acesso e na qualidade da atenção primária à saúde, e pode propiciar o recrudescimento de doenças já eliminadas ou controladas [18].

Outros procedimentos simples, mas altamente eficazes para evitar mortes, como o exame clínico da mama e o preventivo de câncer de colo de útero, ainda não conseguiram ser universalizados entre as pessoas que são totalmente dependentes do SUS. Dados da última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) revelam que uma em cada cinco mulheres com renda familiar de até um salário-mínimo nunca fez um exame preventivo para câncer do colo de útero. Entre as mulheres com renda superior a cinco salários-mínimos, que majoritariamente dispõem de seguros e planos privados de saúde, 95,4% já fizeram esse exame [10].

O exame clínico da mama, que não depende de tecnologia, também ainda não consegue ser oferecido às mulheres de menor nível renda. Entre as que têm renda familiar menor que um salário-mínimo, 42,1% nunca fez esse exame importante para a detecção precoce do câncer de mama. Quando aumenta a complexidade do exame, como no caso da mamografia, o percentual das mulheres que nunca a realizou atinge os 71,2% entre aquelas com renda inferior a 1/4 do salário mínimo [10].

Outro indicador da persistência de dificuldades que limitam o acesso às ações e serviços de saúde, e de problemas na qualidade da assistência pré-natal, é a ocorrência de casos de certas doenças, como o tétano neonatal, com o registro de cinco casos em 2008, dois deles na região Norte, ambos no Estado do Pará, e três na região Nordeste [6].

O setor hospitalar do SUS, que é composto por mais de 7.600 unidades, revelou-se de baixa eficiência e qualidade, em estudo recente realizado pelo Banco Mundial [19]. Em primeiro lugar, chama a atenção que o setor hospitalar do SUS consuma cerca de 70% do total de recursos do sistema, enquanto nos países desenvolvidos que integram a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) esse tipo de gasto corresponde a menos de 55% do total. Essa diferença pode estar ocorrendo pelo subfinanciamento da atenção primária e ambulatorial no País, que aumenta, proporcionalmente, a fatia dos gastos hospitalares, assim como pelas internações desnecessárias, que respondem por uma de cada três internações realizadas no SUS. Uma atenção primária com maior qualidade e capacidade resolutiva poderia contribuir bastante para reduzir esse gasto, que representa cerca de R\$ 10 bilhões.

Os hospitais do SUS apresentam uma baixa taxa de ocupação e alta ociosidade, com ocupação média de 37% dos leitos e realização de 0,67 operações por sala de cirurgia a cada 24 horas. A relação de pessoal por paciente atendido é mais do que o dobro da verificada nos hospitais dos Estados Unidos.

Entre os hospitais que integram a rede do SUS, mais de 97% são administrados diretamente pelo poder público – exatamente os que apresentaram os piores indicadores de desempenho. As iniciativas inovadoras em matéria de gestão dos hospitais, como as Organizações Sociais de Saúde (OSS), apresentaram indicadores de eficiência e qualidade, como a taxa de ocupação, despesa média por alta, mortalidade geral e cirúrgica, superiores aos dos hospitais da administração direta. Entretanto, essas novas experiências enfrentam problemas de indefinição do marco legal para serem expandidas, ocorrendo ainda em número muito reduzido, insuficiente para impactar positivamente o desempenho geral do sistema.

Em conclusão, a elaboração de uma agenda para o enfrentamento desses desafios exigirá a busca de soluções técnicas e gerenciais apropriadas, e, fundamentalmente, a renovação do compromisso com uma política social universalista para a saúde, capaz de responder à realidade complexa nesse campo que vive atualmente o País.

### **Referências bibliográficas**

- [1] Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal. 2008.
- [2] Brasil. IBGE. Tendências demográficas: uma análise da população com base nos resultados dos Censos Demográficos 1940 e 2000 [acesso em 11 jun 2010]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia\\_demografica/analise\\_populacao/1940\\_2000/defaulttab.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia_demografica/analise_populacao/1940_2000/defaulttab.shtm)
- [3] Brasil. IBGE. Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2008. Rio de Janeiro, 2010.
- [4] Brasil. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009. Rio de Janeiro, 2010.
- [5] Brasil. IBGE. Tábuas Completas de Mortalidade – 2007 [acesso em 14 maio 2010]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1275&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1275&id_pagina=1)
- [6] Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos de Saúde [acesso em 11 jun 2010]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2008/e0601.def> .
- [7] Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Indicadores Básicos de Saúde [acesso em 14 maio 2010]. Disponível em: <http://ais.paho.org/hip/viz/basicindicatorbrowser.asp>

- [8] Carvalho G. Gastos públicos com saúde no Brasil em 2007 [acesso em 11 jun 2010]. Disponível em [http://www.fss.org.br/texto\\_view.php?id=10](http://www.fss.org.br/texto_view.php?id=10).
- [9] Brasil. IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 – Despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro, 2010.
- [10] Brasil. IBGE. Um Panorama da Saúde no Brasil Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde – 2008. Rio de Janeiro, 2010.
- [11] Brasil, IBGE. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil – 2009 [acesso em 14 maio 2010]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm).
- [12] Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Perfis de Saúde dos Países das Américas – Brasil. Washington: OPAS; 2010 [no prelo].
- [13] Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes RM. Doenças Crônicas não Transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília, 2009. p.337-62.
- [14] Silva Júnior JB. As doenças transmissíveis no Brasil: tendências e novos desafios para o Sistema Único de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília, 2009. p.281-308.
- [15] Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília. 2007.
- [16] Lansky S, França E, Ishitani L, Perpétuo IHO. Evolução da Mortalidade Infantil no Brasil – 1980 a 2005. In: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília, 2009. p.239-64.
- [17] Chile. Ministerio de Salud. Estadísticas de Salud 2008 [acesso em 17 maio 2010]. Disponível em: [http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minisalcl/g\\_temas/g\\_estadisticas/deis.html](http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minisalcl/g_temas/g_estadisticas/deis.html)
- [18] Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG). Inquérito de Cobertura Vacinal nas Áreas Urbanas das Capitais. Brasil (Cobertura Vacinal 2007). São Paulo: CEALAG; 2009.
- [19] La Forgia GM & Couttolenc BF. Desempenho Hospitalar no Brasil. Em Busca da Excelência. São Paulo: Singular, 2009.