

ARTIGO

O Fundo Nacional de Saúde e a Prioridade da Média e Alta Complexidade*The National Health Fund and the Medium and High Complexity Priority*Antonio PESCUMA JÚNIOR¹Áquilas MENDES²

Resumo: Este artigo realiza uma análise acerca da evolução financeira do Fundo Nacional de Saúde (FNS) do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo, em geral, e do bloco de financiamento da média e alta complexidade (MAC), em particular, durante os anos 2000. O artigo está estruturado em três partes. A primeira parte apresenta uma breve caracterização das medidas adotadas recentemente pelo governo federal, intensificando o subfinanciamento do SUS. A segunda parte apresenta as características gerais do FNS e verifica a composição dos seus blocos de financiamento, entre 2000 e 2011, explicitando que o bloco MAC tem uma participação financeira superior perante os outros. A terceira parte apresenta uma análise da direção do gasto efetuado pela média e alta complexidade, identificando que a Terapia Renal Substitutiva (TRS) concentra a maior parte dos seus recursos financeiros. Por fim, como uma das principais conclusões, a análise do financiamento do FNS e a prioridade de alocação de seus recursos para o MAC permitem verificar que não se conseguiu alterar o modelo de saúde pretendido pelo SUS, diminuindo o peso de um modelo apoiado na atenção hospitalar, com destinação de recursos superior para as regiões brasileiras de maior capacidade instalada, como a Sudeste.

Palavras-chave: Financiamento da assistência à saúde. Política de saúde. Terapia de substituição renal.

Abstract: This article presents an analysis of the financial performance of the National Health Fund (NHF) of SUS in the context of contemporary capitalism, in general, and the average financing package of high and medium complexity (HMC), in particular, during the 2000s. The article is organized in three parts. The first part presents a brief description of the measures recently adopted by the federal government, intensifying the SUS underfunding. The second part presents the general characteristics of NHF and the composition of its financing packages, between 2000 and 2011, explaining that the HMC block has a higher financial contribution towards others. The third part presents an analysis of expenditure direction carried out by medium and high complexity, identifying the Renal Replacement Therapy (RRT) concentrates most of its financial resources. Lastly, as one of the main final remarks, the analysis of FNS funding and the priority allocation of its resources to MAC shows that it was not possible to change the desired health model by SUS, reducing the weight of a supported model in hospital care, with allocation of greater resources to the Brazilian regions with the highest capacity, such as Southeast.

Keywords: Financing of health care. Health policy. Renal replacement therapy.

Submetido em: 26/7/2015. Aceito em: 8/10/2015.

¹ Economista. Mestre em Economia Política pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP, Brasil). Doutorando em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP, Brasil). E-mail: <antonioescuma@usp.br>.

² Administrador. Doutor em Ciências Econômicas pela Universidade de Campinas (UNICAMP, Brasil). Professor Livre-Docente de Economia da Saúde da Faculdade de Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP, Brasil) do Departamento de Economia e do Programa de Pós-graduação em Economia Política da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP, Brasil). E-mail:<aquilasn@uol.com.br>.

Introdução

Desde o advento da Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve assegurar uma saúde universal para todos os brasileiros. Por sua vez, o SUS é financiado com recursos financeiros que não são suficientes para toda a população, uma situação que permanece sem previsão de ter um fim em nossa história. Salienta-se que, em 1995, foi gasto pelo governo federal 1,7% do PIB com ações e serviços públicos de saúde. Após 19 anos, em 2014, essa proporção praticamente se manteve, ou seja, os governos Lula e Dilma Rousseff pouco fizeram para alterá-la. Em 2014, o gasto público brasileiro em saúde foi de 3,9% do PIB (sendo 1,7% da União, 1,0% dos Estados e 1,2% dos Municípios), enquanto que a média dos países europeus com sistemas universais foi de 8,0% do PIB, o que evidencia a dificuldade de recursos do SUS para realizar suas ações e serviços (LEVI; MENDES, 2015; WHO, 2015).

Para se ter uma ideia do subfinanciamento histórico da saúde pública no Brasil, se o artigo 55 das Disposições Constitucionais Transitórias fosse aplicado, desde a implantação da Constituição de 1988, 30% dos recursos da Seguridade Social deveriam ser destinados à saúde, mas isso nunca foi feito (PIOLA *et al.*, 2013). Em 2013, o Orçamento da Seguridade Social foi de R\$ 651,0 bilhões, sendo que, se fossem destinados 30% à saúde, considerando-se os gastos do governo federal, isso corresponderia a R\$ 195,3 bilhões, mas a dotação orçamentária do Ministério da Saúde para esse ano foi a metade desse

valor. Isso mostra claramente o subfinanciamento³.

Diante desse problemático financiamento da saúde, quando se analisa a composição do financiamento do Ministério da Saúde por meio do Fundo Nacional de Saúde, a Média e Alta Complexidade (MAC) apresenta uma característica bastante peculiar, concentrando a maior parte dos recursos financeiros e tendo a maior parte do financiamento federal. Essa concentração do capital ocorre em virtude do uso de tecnologias de ponta e de profissionais qualificados nesse segmento. Para complementar, entre as áreas presentes no MAC, a Terapia Renal Substitutiva (TRS) tem o maior montante federal, constituindo um setor econômico bastante representativo desse nível de atenção à saúde.

O objetivo deste artigo é realizar uma análise da evolução financeira do Fundo Nacional de Saúde (FNS) do SUS, em geral, e do bloco de financiamento da média e alta complexidade (MAC), em particular, durante os anos 2000. O artigo está estruturado em três partes. A primeira parte apresenta uma breve caracterização das medidas adotadas recentemente pelo governo federal, intensificando o subfinanciamento do SUS. A segunda parte evidencia as características gerais do FNS e verifica a composição dos seus blocos de financiamento, que são transferidos para estados e municípios, entre 2000 e 2011, explicitando que o bloco MAC tem uma participação financeira superior perante os outros. A terceira

³ Dados extraídos do Orçamento Federal. Disponível em:

<<http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-2013-1>>. Acesso em: 1º jul. 2015.

parte apresenta uma análise da direção do gasto efetuado pela média e alta complexidade, identificando que a Terapia Renal Substitutiva (TRS) concentra a maior parte dos seus recursos financeiros.

1 Breves notas sobre a intensificação recente do subfinanciamento do SUS

O descaso com o financiamento do SUS atingiu proporções elevadas no contexto do capitalismo contemporâneo de dominância financeira, especialmente ao longo dos 27 anos de existência desse sistema de saúde. Duas medidas recentes, em 2015, tiveram o apoio do governo federal e acabaram por prejudicar ainda mais o seu subfinanciamento histórico. A primeira refere-se à lei aprovada nº. 13.097/2015, que permite a exploração do capital estrangeiro nos serviços de saúde, inclusive o filantrópico, por meio da permissão de aquisição das Santas Casas – instituições basicamente financiadas pelo Estado brasileiro. A segunda diz respeito à Emenda Constitucional (EC) aprovada nº. 86/2015, que modificou a base de cálculo do financiamento federal da saúde, reduzindo-o ainda mais do baixo nível de gasto que se alcançara até recentemente. Isso porque, com a EC 86, a projeção para o primeiro ano, ou seja, 2016, com a nova regra de cálculo (13,2% da Receita Corrente Líquida), aponta para uma diminuição dos valores a serem aplicados em ações e serviços públicos pelo governo federal, em comparação ao que seria se a regra anterior – baseada na variação nominal do PIB – continuasse em vigor após 2015. Com base nessa alteração, o orçamento federal da saúde terá uma redução de R\$ 9,2 bilhões (FUNCIA, 2015).

Seria fundamental que os repasses financeiros federais fossem realizados com uma maior magnitude financeira para todas as áreas do SUS. No entanto, o governo federal prioriza o pagamento dos juros da dívida pública, o que correspondeu, em média, entre 1995 e 2013, a 6,5% do PIB, e, além disso, desvincula parte dos recursos que deveriam ser destinados à saúde, mantendo a remuneração dos investidores especulativos (ANFIP, 2014).

Toda explicação do governo para a adoção dessas medidas apoia-se na seguinte afirmação: não temos fontes fiscais específicas no Orçamento Federal. Ora, é conhecido de todos que o Orçamento da Seguridade Social (OSS), criado pela Constituição de 1988, é formado pela saúde, pela previdência e pela assistência social, e vem demonstrando *superávit* há vários anos. O que ocorre é o destino e a apropriação de 20% das fontes dos recursos que pertencem a esse OSS para o pagamento dos juros da dívida pública, por meio da manutenção do *superávit* primário (ANFIP, 2014). Tal mecanismo de apropriação foi iniciado em 1995, quando surgiu o Fundo Social de Emergência (FSE), substituído pelo Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), em 2000, e, desde esse ano, denominado Desvinculação de Receitas da União (DRU), com prorrogação até 2015.

Como parte do ajuste fiscal adotado em 2015, o governo federal enviou à Câmara dos Deputados a PEC 87/2015, que prorrogou a DRU pela sétima vez, mas não mais por quatro anos – como vinha sendo feito desde sua criação –, e sim por oito anos. O pior é que o referido texto amplia de 20% para 30% o percentual das receitas do Or-

çamento da Seguridade Social que serão retiradas.

Segundo os dados da ANFIP (2014), os valores apropriados pelo mecanismo da DRU passam de um patamar de R\$ 33.829 milhões, em 2005, para R\$ 63.415 milhões, em 2013, em valores correntes. Caso esses montantes fossem utilizados para a Seguridade Social, certamente ocorreria uma melhoria nas condições das políticas de direitos sociais, em particular à saúde.

Os recursos públicos expressos pelo Fundo Público deveriam atuar como um “efeito multiplicador” e serem investidos no social, com reflexos diretos na qualidade de vida dos trabalhadores e da população em geral. Dito de outra forma, os recursos financeiros devem assegurar a proteção e a promoção social de todos os indivíduos, tornando legítimo o acesso à saúde, à assistência social e à previdência.

Constata-se uma carência por recursos financeiros especialmente na área da saúde, com consequências diretas no atendimento e na qualidade dos serviços prestados. A Seguridade Social, estabelecida pela Constituição de 1988, no artigo 195, deveria responder pela plena concretização de políticas sociais.

No Brasil, como mencionado, a Constituição de 1988 estabelece que a Seguridade Social abrange a previdência, assistência e a saúde, as quais, juntas, formam o orçamento para a execução de políticas sociais. Dessa forma, o fundo público deve ser utilizado com este objetivo: o de satisfazer as necessidades sociais. Por outro lado, cabe ressaltar que não deve haver

mais privilégios para uma área social em detrimento de outra, pois isso contraria a definição de Seguridade Social.

Para Mendes e Marques (2010), o conceito de Seguridade consiste em um plano de financiamento que deva ser encarado em sua totalidade, sem a escolha restrita a uma das áreas, seja a previdência, a assistência ou a saúde. A Seguridade Social deve fornecer recursos que garantam a plenitude do financiamento ao social com base na Carta Magna elaborada em 1988. No entanto, há problemas que afetam o montante de recursos da Seguridade Social, particularmente com relação à visão econômica ortodoxa/neoliberal, mantida pelo tripé macroeconômico – metas de inflação, *superávit* primário e câmbio flutuante –, resultando em cortes recorrentes de seus recursos.

Ao longo dos anos 1990 e 2000, no Brasil, essa política macroeconômica adotada pelo governo federal deu origem a constantes dificuldades que prejudicaram as políticas sociais, em particular, o desenvolvimento da saúde universal, impondo uma situação de subfinanciamento ao SUS e favorecendo o capital financeiro (“portador de juros”, para Marx) na apropriação do fundo público (MENDES, 2012). O efeito dessa política econômica e também o reflexo da força soberana que o capital financeiro vem exercendo sobre o fundo público no Brasil provocaram, em 2013, um gasto de cerca de R\$ 276 bilhões com juros da dívida⁴, valor correspondente a 3,2 vezes o gasto do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos de saúde no mesmo ano.

⁴ Dados extraídos do Tesouro Nacional e do SIGA BRASIL para as despesas do Ministério da Saúde.

Portanto, para entender o financiamento na saúde, torna-se de suma importância compreender os fatores conjunturais da economia, a evolução dos recursos destinados para a saúde e a contextualização desse cenário repleto de contradições. Assim, o entendimento desse financiamento, a sua problemática no mundo atual e a dificuldade de recursos são a expressão de um fundo público marcado pela influência do capital nas suas diversas formas (SALVADOR, 2010).

Ainda, no caso do fundo público brasileiro, é significativo considerar, também, o contraditório incentivo concedido pelo governo federal à saúde privada, na forma de redução de imposto de renda a pagar da pessoa física ou jurídica, a qual é aplicada sobre despesas com planos de saúde e/ou médicas e similares. Ocké-Reis (2014) argumenta que, se essa parcela dos impostos não fosse deduzida, tal fato poderia contribuir para que fosse aplicado dinheiro novo na saúde pública. Nota-se que, em 2011, essa renúncia fiscal correspondeu a R\$ 15,8 bilhões, cerca de um quarto do gasto público federal em saúde. A renúncia com planos responde por R\$ 7,7 bilhões desse total⁵. Em contrapartida, comenta Ocké-Reis (2014), o lucro líquido das operadoras cresceu, aproximadamente, três vezes, em termos reais, entre 2003 e 2011, alcançando R\$ 4,9 bilhões no último ano. Essa situação nos remete à problemática relação entre o mercado privado e o padrão

de financiamento público da saúde universal, e, ao mesmo tempo, seus reflexos em relação à equidade, importante diretriz do SUS.

Em suma, é importante mencionar que o financiamento da saúde envolve um duplo movimento na trajetória de desenvolvimento do SUS, tendo o seu papel como legitimador dos direitos por um lado e, por outro, os preceitos relacionados ao “*status econômico*” com a predominância de uma política ortodoxa amparada por remunerações crescentes ao capital especulativo, em que há o pagamento de juros e os encargos da dívida por meio da remuneração dos títulos públicos emitidos. Além disso, pode-se afirmar que há lutas e embates no próprio processo histórico relacionado à formação da Seguridade Social por garantia de direitos da classe trabalhadora e pela necessidade de valorização do capital fora da ótica produtiva, adentrando no fundo público brasileiro destinado para a saúde, no qual os recursos da média e alta complexidade estão presentes.

2 O Fundo Nacional de Saúde: características, evolução financeira e o bloco de financiamento federal da média e alta complexidade

Os montantes financeiros destinados pelo governo para a saúde são ofertados por intermédio do Fundo Nacional de Saúde, compreendendo todos os níveis de atenção na saúde. Salvador (2010) comenta sobre o FNS e a sistemática de repasses, bem como sobre a legislação relacionada a ele.

O Fundo Nacional de Saúde foi instituído pelo Decreto n. 64.867 de 24 de julho de

⁵ Dados extraídos da Secretaria da Receita Federal – Previsões PLOA – Relatórios de renúncia que acompanharam os Projetos de Lei Orçamentária Anual. Disponível em: <<http://www.receita.fazenda.gov.br/Historico/Arrecadacao/ResultadoArrec/default.htm>>.

1969 e passou por várias modificações ao longo de sua história. O Decreto n. 3.964, de 10 de outubro de 2001, reorganizou o FNS, redefinindo critérios de transferências de recursos por fundos de saúde, estaduais e municipais e a celebração de convênios com órgãos e entidades. Também define as receitas e as despesas, estabelecendo o FNS como unidade de orçamento de finanças e contábil do SUS (artigo 9º). (SALVADOR, 2010, p. 292).

Salvador (2010) destaca que o FNS anteriormente a 2005 foi instável, com decréscimos em valores constantes nos anos de 2001, 2003 e 2004, destinados para as despesas com ações e serviços da saúde. O ano de 2004 foi o que apresentou o menor aporte de recursos financeiros: 40 bilhões. Por outro lado, em 2007, houve um acréscimo de R\$ 3,9 bilhões no FNS, resultado direto de uma crise na área da saúde no Nordeste, com reivindicações dos profissionais da saúde por mais recursos e pela revisão da tabela de procedimentos do SUS. A partir desse evento, os recursos apresentaram uma evolução crescente.

De acordo com os dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica, pertencente ao Ministério da Saúde, o FNS apresentou, nos anos de 2008, 2009, 2010 e 2011, um crescimento real de 60%, 85%, 100% e 164%, respectivamente, em relação ao ano de 2005⁶. Apesar desse crescimento do FNS, o gasto com ações e serviços de saúde apresentou os seguintes percentuais em relação ao PIB: 1,6% em 2005; 1,7% em 2006; 1,7% em 2007;

1,6% em 2008; 1,8% em 2009; 1,6% em 2010; e 1,7% em 2011⁷.

Além da evolução do financiamento do FNS, torna-se fundamental entender a sua composição. Por intermédio da Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006a), e pela Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006b), foi instituído o Pacto pela Saúde, realizado entre os gestores do SUS, em três âmbitos: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2007a). A partir desse Pacto, ocorreram mudanças no SUS: a substituição do processo de habilitação pelos *Termos de Compromisso de Gestão* e a cooperação entre os gestores do sistema – no intuito de intensificar o processo da regionalização da saúde e diminuir os vários tipos de repasses federais existentes até esse momento, integrando-os em blocos de financiamento (BRASIL, 2006a; 2006b; 2007a). Foram definidos “blocos” gerais de alocação dos recursos federais: atenção básica; atenção da média e alta complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão do SUS. Posteriormente, foi acrescentado o bloco denominado “investimentos na rede de serviços de saúde”⁸.

O Gráfico 1 ilustra a participação dos blocos em relação ao financiamento total. Constatou-se que a Atenção Básica apresentou uma participação relativa de 32%, em 2000, e

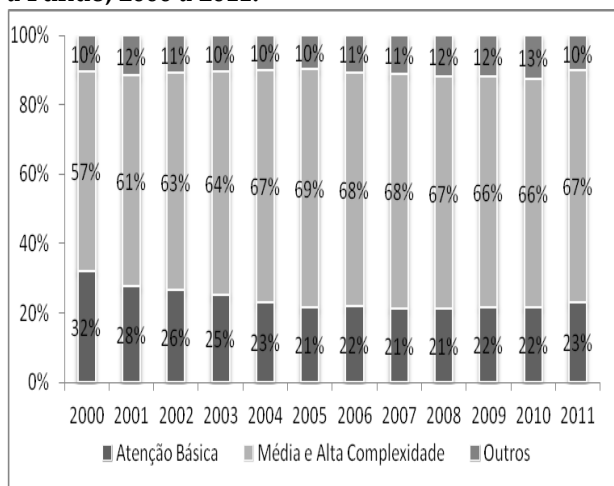
⁶Percentuais calculados com base nos dados da Evolução da Lei Orçamentária Anual (LOA). Valores deflacionados pelo IGP-DI de dezembro de 2011.

⁷ Índices calculados com base nos dados sobre o gasto com ações e serviços de saúde pública presentes na ANFIP (2012). Os dados relativos ao Produto Interno Bruto foram obtidos no site <<http://www.ibge.gov.br/home/>>.

⁸ Ver Portaria GM/MS nº 837, de 24 de abril de 2009, que altera a Portaria nº 204/2007 e cria esse bloco de investimentos.

23%, em 2011. A MAC correspondeu a um percentual relativo de 57%, em 2000, e de 67%, em 2011, e o item “outros”⁹ teve uma participação relativa de 10%, tanto em 2000 como em 2011.

Gráfico 1: Participação Relativa dos Blocos de Financiamento dos recursos federais do SUS – Fundo a Fundo, 2000 a 2011.



Fonte: Ministério da Saúde, ([200-?]).

Cabe considerar que a permanência de percentuais relativos constantes não significa que os recursos financeiros estejam diminuindo. A partir da análise dos dados, verifica-se que a MAC representa a maior parte dos recursos destinados pelo FNS no conjunto dos blocos de financiamento. Além disso, esse bloco apresentou uma evolução dos seus recursos em relação a 2005: 15% em 2006; 38% em 2007; 66% em 2008; 106% em 2009; 117% em 2010; e 154% em 2011¹⁰. Apesar desse crescimento do MAC no interior do orçamento do Ministério da Saúde,

⁹ Referem-se aos demais blocos de financiamento: Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos.

¹⁰ Índice de crescimento real calculado com base nos dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica, Ministério da Saúde. Valores deflacionados pelo índice IGP-DI, dez. 2011.

revelando a sua prioridade na forma de alocação do Fundo Nacional de Saúde, o mesmo não ocorreu na sua comparação em relação ao PIB, o qual apresentou um valor de 0,8% em 2005; 0,8% em 2006; 0,8% em 2007; 0,8% em 2008; 0,9% em 2009; 0,8% em 2010; e 0,8% em 2011.

O bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade é formado pelo Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e pelo Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), e tem uma importância financeira de maior magnitude perante os outros blocos de financiamento. Assim, salienta-se que:

O componente MAC destina-se ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente. Esses incentivos incluem os atualmente designados: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos; Fator de Incentivos ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS); Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena (IAPI); Incentivo de Integração do SUS (INTEGRASUS); além de outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo. (BRASIL, 2010, p. 11).

Os recursos FAEC são extrateto, o que significa que não há limite para os repasses dentro do prazo estabelecido, que é de seis meses. Somente após a constatação de sua importância é que esses volumes financeiros

ros serão incorporados ao MAC e terão como base uma correspondência histórica de repasses, isto é, uma referência quanto aos dispêndios realizados.

Na média e alta complexidade, de acordo com Vianna (2005), em especial, a alta complexidade do SUS pode ser compreendida como o nível de:

Crescente complexidade tecnológica, envolvendo um contingente cada vez maior de recursos humanos especializados e o emprego de equipamentos, medicamentos e outros insumos de ponta. No campo da saúde, a incorporação de novas tecnologias é cumulativa e não substitutiva. Vale dizer, a inclusão de um novo recurso terapêutico ou de diagnóstico não substitui outros mais antigos. (VIANNA, 2005, p. 3).

No âmbito do SUS, a Média e Alta Complexidade é definida como uma totalidade de procedimentos que envolvem alta tecnologia com alto custo, com o objetivo principal de proporcionar à população serviços especializados e qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica, urgência e emergência, hospitalar e transplantes) (BRASIL, 2007b).

Ainda, de acordo com Piola e Vianna:

Garantir o atendimento também depende da disponibilidade de serviços. Contudo, ao contrário dos serviços de atenção básica, os serviços de média e de alta complexidade, por seu custo mais elevado e necessidade de escala ótima de produção, devem ser mais concentrados. Exigem, por conseguinte, sua organização em redes de atenção e a vigência de mecanis-

mos regulatórios adequados. (PIOLA; VIANNA, 2009, p. 70).

Deve-se levar em conta que a média e a alta complexidade é definida, no campo do SUS, como a totalidade de procedimentos que possuem a incorporação de alta tecnologia e um enorme custo associado, bem como serviços qualificados. Os serviços da média e da alta complexidade devem ser mais concentrados em virtude dos seus custos vinculados e, dessa forma, devem proporcionar disponibilidade quanto ao atendimento. Além disso, os mecanismos de regulação proporcionam melhoras no atendimento prestado à população. Por conseguinte, os serviços devem ser organizados e disponibilizados com a existência de uma rede de atenção adequada (PIOLA; VIANNA, 2009). Apesar dessa lógica, isto é, a média e a alta complexidade sendo expressas em unidades autônomas, ocorreram tentativas sem êxito relacionadas ao âmbito municipal, e não houve uma adequação quanto às reais necessidades da população; além disso, essas unidades apresentaram altos custos, sem um retorno adequado quanto aos serviços prestados (BRASIL, 2007b).

Devido à complexidade desse segmento, com vultosos volumes financeiros destinados e com dificuldade para sua devida organização, torna-se fundamental a análise de como o financiamento do MAC é realizado. Os repasses financeiros não são destinados de forma arbitrária, uma vez que ocorre uma padronização na forma pela qual esses recursos são enviados. Há um limite financeiro estipulado pelo governo, não significando que o financiamento seja realizado somente com base nesse teto. Du-

rante um período máximo de um ano, os recursos para determinados procedimentos são feitos sem um limite específico. O governo federal prioriza que os repasses sejam feitos a partir do limite financeiro da MAC ambulatorial e Hospitalar pertencentes aos municípios, ao Distrito Federal e aos Estados. No entanto, como já mencionado anteriormente, há um recurso que é adicionado ao MAC, denominado Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), sendo incorporado ao limite financeiro de cada nível de governo (BRASIL, 2007b).

Assim, pode-se dizer que há dois sistemas que possibilitam a definição dos montantes financeiros emitidos:

Os procedimentos de média e de alta complexidade são financiados com recursos do MAC e também pelo FAEC, conforme o atributo de nível de complexidade e forma de financiamento definido para cada procedimento da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), de acordo com a Portaria MS/SAS nº 224/2003 e pela tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). (BRASIL, 2007b, p. 46).

Vianna (2005) ressaltam a forma pela qual os repasses são efetuados:

Cada Unidade da Federação tem um valor financeiro anual definido para o custeio de ações e procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Para os estados e municípios não habilitados nesta condição de Gestão, o Ministério da Saúde realiza o pagamento dos prestadores até o limite financeiro estabelecido em portaria do próprio Ministério. (VIANNA, 2005, p. 19).

Ainda, Vianna *et al.* (2005) comentam sobre os procedimentos que são financiados pelo sistema FAEC:

Dos 25 procedimentos de média e alta complexidade/Alto Custo, apenas sete são financiados pelo FAEC (extra-teto): dois ambulatoriais (TRS e Medicamentos de Dispensação Excepcional) e cinco hospitalares (Transplantes, Epilepsia, Gastroplastia, Deformidades Crânio-Faciais e Implante Coclear). (VIANNA, 2005, p. 146).

Além disso, há uma tendência para a criação de novos procedimentos em saúde. Novas técnicas são desenvolvidas e, conseqüentemente, novas Portarias são elaboradas, surgindo os repasses na forma FAEC. Vianna comenta sobre o aspecto “estratégia” subjacente às decisões do governo federal quanto aos procedimentos e tratamentos selecionados para vinculação como fundo FAEC:

[...] algumas Neurocirurgias e Tratamento da AIDS são financiados pelo FAEC e com recursos federais do limite financeiro da média e alta complexidade destinados a cada estado. Os demais procedimentos têm seu financiamento oriundo de recursos federais repassados e complementados por estados e municípios. (VIANNA, 2005, p. 146).

KAJIURA (2011) argumenta que a média e a alta complexidade vêm sendo organizadas por políticas nacionais, publicadas pelo Ministério da Saúde, com características distintas:

Tais recortes podem ser baseados em problemas de saúde ou serviços específicos dirigidos a determinados segmentos

da população, como as políticas nacionais de atenção cardiovascular, de atenção à saúde auditiva, ao portador de doença renal, de procedimentos eletivos de média complexidade e de atenção oncológica. Também há linhas de ação que dizem respeito a problemas de saúde e outras questões assistenciais de aperfeiçoamento da rede pública de saúde como: assistência em unidade de tratamento intensivo, redes estaduais de assistência a queimados, sistema nacional de transplantes e área de saúde da criança. Ainda há procedimentos como exames com finalidade diagnóstica e procedimentos clínicos e cirúrgicos, que também estão incluídos no bloco MAC. (KAJIURA, 2011, p. 188).

Portanto, torna-se de considerável relevância reexaminar o modelo de financiamento da média e da alta complexidade. No modelo atual, a maior parte da atenção da média e da alta complexidade é financiada por recursos incluídos no teto financeiro de cada estado (MAC), e a outra parte é custeada pelo FAEC. É o Ministério da Saúde que estabelece o rol de procedimentos e como financiá-los, determinando o seu orçamento e, conseqüentemente, os recursos destinados à saúde. É interessante salientar que a forma FAEC destina recursos sem limite financeiro, principalmente os relacionados aos novos procedimentos realizados pelo sistema. Isso ocorre por meio das novas Portarias criadas em função de uma nova demanda, elaboradas por técnicos pertencentes ao Ministério da Saúde, com detalhes sobre os volumes financeiros e o nível de complexidade.

2.1 A distribuição do MAC nas regiões brasileiras

- orientações metodológicas

Os índices construídos para a análise da distribuição do MAC tiveram como base os conceitos de fluxo financeiro nominal, deflator e fluxo financeiro real. Todos os índices desenvolvidos utilizaram os dados do IGP-DI da Fundação Getúlio Vargas. Com o intuito de ser realizada uma análise empírica, foi consultada uma única fonte: a Sala de Apoio à Gestão Estratégica, do Ministério da Saúde.

Os fluxos podem ser definidos da seguinte forma: Fluxo Nominal: $\sum P.Q.$, onde P representa os preços no período i e Q as quantidades consumidas no período i; e Fluxo Real: Valores Nominais/Deflator IGP.100, sendo que todos os valores nominais deverão ser convertidos para uma data-base, para análise.

Com base nos dados dos recursos monetários, foi construído o índice de participação relativa no intuito de verificar quais as relações entre os fluxos financeiros e sua ponderação com as grandezas totais. Esse índice é dado pela seguinte relação: participação relativa = $Pr1/Pr2$, onde Pr1 e Pr2 expressam os montantes reais de financiamento.

- a análise da distribuição do MAC

Percebe-se que, após o Pacto pela Saúde de 2006, houve, por parte do governo federal, uma distribuição praticamente constante de recursos financeiros, por região, destinados ao bloco MAC, contemplando as regiões brasileiras mais ricas, conforme indica a Tabela 1.

Tabela 1: Participação percentual do total das Transferências Federais da Média e Alta Complexidade - por Regiões Brasileiras (2000-2011).

REGIÕES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	4%	4%	4%	4%	5%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%
Nordeste	18%	20%	20%	20%	25%	24%	25%	26%	28%	28%	28%	28%
Centro-Oeste	8%	9%	8%	7%	7%	7%	6%	6%	7%	7%	7%	7%
Sul	25%	22%	22%	20%	17%	17%	16%	15%	15%	16%	15%	16%
Sudeste	44%	44%	46%	49%	46%	47%	47%	47%	44%	43%	43%	43%
Brasil	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Ministério da Saúde [200-?].

A Região Norte recebeu o correspondente a 6% do total das transferências federais para a média e alta complexidade, desde 2006 até 2011. A Região Nordeste apresentou um valor de 25%, em 2006, de 26%, em 2007, e permaneceu em 28%, desde 2008 até 2011. A Região Centro-Oeste foi de 6%, em 2006 e 2007, e depois ficou em 7%, até 2011. A Região Sul apresentou valor de 16%, em 2006, oscilando entre 15% e 16%, até 2011. Por fim, a Região Sudeste contou com 47%, em 2006 e 2007, 44%, em 2008, e permaneceu sem alteração até 2011. A Região Sudeste apresentou uma maior participação financeira do total das transferências federais em virtude da sua capacidade instalada (oferta e produção de serviços e ações de saúde). Por outro lado, a Região Norte apresentou a menor participação, com menores investimentos e com a necessidade de maiores repasses financeiros.

De acordo com essa análise, constata-se que há uma disparidade do financiamento federal para as regiões no país, fortalecendo as transferências do MAC às regiões mais ricas, como a Sudeste. Isso reforça as desigualdades regionais e socioeconômicas historicamente existentes nas regiões brasileiras, resultantes do federalismo implantado e de sua especificidade no trata-

mento das políticas públicas (ARRETCHE, 2004; FORTES, 2008).

No Brasil, o debate sobre equidade no acesso aos serviços de saúde e na alocação de recursos ganhou relevância a partir do estudo de Porto *et al.* (2003), apesar de essa questão já se encontrar presente desde a Constituição Federal de 1988 e o artigo nº 35 da Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/1990. A redução da iniquidade vem sendo uma preocupação entre os formuladores de políticas públicas, em especial da saúde. No SUS, grande parte dos recursos é oriunda das transferências federais aos estados e municípios e, por isso, a definição de metodologias de alocação equitativas torna-se imperativa (ANDRADE *et al.*, 2005; MENDES; LEITE; MARQUES, 2011), principalmente no quadro legal recente da Lei 141/2012¹¹.

Apesar dos avanços do SUS e de todos os embates ocorridos, deve-se ter em consideração que os fluxos de financiamento não representam as necessidades socioeconômicas correntes da área da saúde, principalmente, quando é

¹¹ Conforme definido pela Lei complementar nº. 141/2012 (regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000), a União deve transferir recursos para os entes federativos na forma prevista no seu art. 17: "O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do *caput* dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios **observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde** e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal" (BRASIL, 2012) (grifo nosso).

analisada a distribuição dos recursos do MAC nas regiões brasileiras. Nesse sentido, torna-se fundamental a investigação de qual item, no bloco MAC, tem maior representatividade financeira, com o objetivo de esclarecer sobre o crescimento financeiro da média e alta complexidade durante a última década.

3. Direção do Gasto do Bloco de Financiamento da Média e Alta Complexidade: a importância da Terapia Renal Substitutiva

A Alta Complexidade pertencente ao MAC é uma área de maior importância dentro do SUS e responsável pelos tratamentos de alto custo e de alto padrão tecnológico. Dentre os recursos FAEC direcionados para a alta complexidade, a Terapia Renal Substitutiva (TRS) apresentou um maior percentual financeiro durante o período de 1995 a 2003, correspondendo a 19,44% do volume de financiamento (VIANNA, 2005). Ainda, de acordo com a Tabela 2, evidencia-se a alta concentração financeira de recursos para a TRS – com 46,50% do total de recursos investidos pelo governo federal, no período de 2002 a 2011 – e uma menor participação das outras áreas no interior do financiamento do MAC.

Tabela 2: Percentual relativo dos Recursos Financeiros do MAC (FAEC), Ambulatoriais (SIA) e Hospitalares (AIH) (2002-2011).

ÁREAS	PERCENTUAIS*
FAEC SIA - TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS)	46,50%
FAEC - TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS	6,79%
FAEC AIH - TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS	5,56%
FAEC SIA - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE	3,65%
FAEC SIA - LEUCEMIA MIELOIDE	3,65%
FAEC SIA - ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE MENTAL (CAPS)	3,19%
FAEC - TRATAMENTO EM ONCOLOGIA	3,13%
FAEC SIA - ACOMPANHAMENTO PÓS-TRANSPLANTE	2,94%
FAEC SIA - CAMPANHA DE CIRURGIA OFTALMOLÓGICA (CATARATAS)	2,22%
FAEC SIA - PROGRAMA DE COMBATE AO CÂNCER DE COLO UTERINO	1,99%
FAEC SIA - DETECÇÃO DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA	1,52%
MUTIRÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE	1,38%
FAEC SIA - TRIAGEM NEONATAL	1,37%
FAEC - POLÍTICA NACIONAL DE CIRURGIAS ELETIVAS	1,04%
OUTROS**	15,07%
TOTAL	100%

Fonte: Ministério da Saúde, [200-?]. Nota: Elaboração própria. Valores deflacionados IGP DI Dez 2011.* Estes percentuais foram calculados com base nos somatórios dos recursos financeiros de 2002 a 2011 relacionados aos procedimentos FAEC (AIH e SAI) pertencentes ao MAC. ** O item “outros” é composto de várias áreas do MAC (FAEC), 101 no total, com valores inferiores a 1%, sendo Atendimento Psicossocial, Reabilitação, Neurocirurgia, Terapia e Psicoterapia, Oftalmologia, entre outras.

Constata-se, então, que a TRS tem uma participação acima das outras áreas, com uma concentração dos recursos próxima a 50% do total das transferências federais para o bloco do MAC, durante o período de 2002 a 2011. Outro aspecto que merece atenção é a insuficiência de recursos para os outros segmentos, com valores próximos de zero, bem inferiores à participação dos recursos destinados à TRS.

Ainda, em relação à Tabela 2, evidencia-se que os itens “transplantes”, com 6,79%, contaram com a segunda posição na participação do total dos recursos do MAC,

mesmo que bem inferiores à participação da TRS, o que é um fator de estímulo para sessões de hemodiálise. Caso houvesse um maior número de transplantes, incluindo os de rins, certamente haveria uma quantidade menor de pacientes submetidos ao tratamento de hemodiálise por intermédio do SUS.

Essa maior concentração financeira por parte da TRS ocorre em função de poucas empresas fornecerem máquinas e insumos necessários para o atendimento, com maior controle sobre os preços e maior poder de negociação com o governo. Assim, a TRS está sob o controle de poucas companhias, caracterizando-se, dessa forma, um mercado oligopolizado, o que acaba por demandar maiores recursos do bloco de Financiamento MAC do Fundo Nacional de Saúde.

Mendes *et al.* (2010) mencionam que as principais empresas fornecedoras de insumos e máquinas para a área de Nefrologia no mundo e no Brasil são Fresenius, Baxter e Gambro. A maior de todas as empresas é a Fresenius, uma *holding* com sede na Alemanha, a qual controla 25% do mercado mundial. Em 2002, essa empresa faturou US\$ 5,1 bilhões e realizou 16,4 milhões de tratamentos; em 2010, obteve um faturamento de US\$ 12 bilhões; em 2011, faturou 12,6 US\$ bilhões; e, em 2012, foram faturados 13,8 US\$ bilhões, com elevada concentração de recursos.

Especialmente, a Baxter e a Fresenius adquiriram diversos centros de hemodiálise no Brasil, o que, no ano 2000, correspondia a 25% do total das clínicas particulares de hemodiálise existentes no país. Esse movi-

mento certamente acentuou a importação de insumos a partir das décadas seguintes. Nesse contexto, Melo afirma que:

[...] pode-se concluir que no mercado de hemodiálise há uma grande dependência de importações, tanto de equipamentos quanto de materiais. Itens com razoável escala de produção não são produzidos no país, como é o caso de dialisadores, ou o são apenas marginalmente, como acontece com as linhas e as agulhas de fístula. Mesmo os itens produzidos localmente, embora representem substancial parcela do custo do tratamento, parece não atrair investimentos independentes, de forma a configurar um mercado concorrencial que beneficie diretamente o custo dos tratamentos dialíticos. (MELO, RIOS, GUTIERREZ, 2000, p. 126).

Nessa perspectiva, deve-se ressaltar a existência de um movimento de concentração da oferta, tendendo a um duopólio associado à marca das máquinas de hemodiálise. Essa situação tende a pressionar o gasto federal do SUS com os serviços da Terapia Renal Substitutiva, constituindo-os como principal item de dispêndio do bloco de financiamento da Média e Alta Complexidade, marcado pelo sentido mais geral do movimento de valorização do grande capital.

Conclusão

Apesar dos avanços do SUS e de todos os embates ocorridos no âmbito do seu financiamento, observou-se que a maior parte dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, ao longo dos anos 2000, foi destinada ao nível de atenção da média e alta complexidade. Dessa forma, pode-se dizer que, do ponto de vista da análise do

financiamento do Ministério da Saúde, não se conseguiu por completo alterar o modelo de saúde pretendido pelo SUS e proceder-se à diminuição do peso de um modelo apoiado na vertente hospitalocêntrica. A rigor, por meio dos dados analisados, entre 2000 a 2011, verificou-se um crescimento dos recursos financeiros para o MAC e, além disso, constatou-se sua participação superior no total dos recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos estados e municípios, quando comparados aos demais blocos de financiamento federal.

Ainda, chama a atenção que a destinação desse bloco de financiamento da média e alta complexidade foi superior nas regiões brasileiras de maior capacidade instalada, como a Região Sudeste, a qual concentra o maior parque instalado na área da saúde.

Por sua vez, cabe mencionar que os demais blocos de financiamento, seguidos da atenção básica (a qual contou com a segunda posição em relação à participação do total dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde) e os demais blocos (vigilância sanitária, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimento) também exigem maior volume de recursos, se o modelo de saúde pretende ser alterado. Não resta dúvida de que todos esses fatores dependem da disponibilidade de um maior volume de financiamento do SUS, o que, na prática e no âmbito do capitalismo contemporâneo, não vem sendo efetuado ao longo dos 27 anos de existência desse sistema.

Quando analisada a destinação dos recursos do bloco de financiamento da média e alta complexidade, constatou-se que a maior parte destes tem sido direcionada à Te-

rapia Renal Substitutiva, com uma participação financeira, no total dos recursos desse bloco, muito superior em relação aos demais itens que o compõem. Sabe-se que os serviços da TRS exigem magnitude de recursos condizente com a forma de seu funcionamento no país, a qual é operacionalizada por um oligopólio de poucas empresas internacionais.

Para futuras pesquisas, considera-se importante o desenvolvimento de um estudo específico sobre o comportamento do setor econômico da TRS, controlado por esse oligopólio de empresas fornecedoras de insumos e serviços para essa modalidade. Espera-se que tais estudos possam contribuir para o melhor dimensionamento da demanda dessas empresas por recursos públicos do SUS e para o entendimento de como o setor privado requer, de forma crescente, a apropriação do fundo público do MAC.

Referências

ANDRADE, Mônica V. *et al.* **Metodologia de alocação equitativa de recursos estaduais para os serviços hospitalares em Minas Gerais**. Minas Gerais, 2005.

ANFIP. **Análise da seguridade social em 2013**. 14. ed. Brasília (DF), set. 2014. Disponível em: <http://www.anfip.org.br/publicacoes/2014_0903125923_Analise-da-Seguridade-Social-2013_03-09-2014_Analise-da-SS-2013-integra.pdf>. Acesso em: 15 out. 2014.

ANFIP. **Análise da seguridade social em 2011**. 12. ed. Brasília (DF), maio 2012. Disponível em:

<http://www.anfip.org.br/publicacoes/20120726205332_Analise-da-Seguridade-Social-2011_01-12-2011_analise2011.pdf>. Acesso em: 27 de jul. 2014.

ARRETCHE, Marta. Relações Federativas nas políticas sociais. **Revista Educação e Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v23n80/12922.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o parágrafo 3º da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 12 de junho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralização. **Documento Validação da aplicação do IVG – Índice de Valorização da Gestão, de modo que o Índice esteja pronto para a implementação do repasse de recursos para os estados**. Brasília (DF), 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais: Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília (DF), 2007a. v.1. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde). Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/F>

ile/volume1.pdf>. Acesso em: 20 jan. de 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília (DF), 2007b. v. 9. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro9.pdf>. Acesso em: 22 abr. de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília (DF), 2006a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 15 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 699, de 30 de março. Conformam um conjunto de mudanças articuladas em três dimensões: em Defesa do SUS, pela Vida e de Gestão**. Brasília (DF), 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 15 jan. de 2014.

FORTES, Fátima Beatriz C. T. P. **Inovação institucional no contexto do federalismo brasileiro pós-1988: a Emenda Constitucional nº 29 de 2000 e os governos estaduais**. 2008. Tese de Doutorado (Programa de Pós Graduação em Ciência Política da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

FUNCIA, Francisco. Nota de esclarecimento a respeito do cálculo das perdas decorrentes do início da vigência da nova regra da Emenda Constitucional nº 86/2015 para calcular a aplicação mínima da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde. **Domingueira da Saúde**, n. 4, 12 abr. 2015. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20%20004%202015%20-%2012%2004%202015.pdf>> Acesso em: 20 abr. de 2015.

KAJIURA, P. A. Financiamento e Gasto Público de Saúde: Histórico e Tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S.F. (Org.). **Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011.

LEVI, Maria Luiza; MENDES, Áquilas. **Gasto total com saúde no Brasil: a importância e o esforço de medi-lo. Domingueira da Saúde do Idisa**, Campinas, v. 8, p. 1 - 5, 24 maio 2015. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20008%202015%20-%2024%2005%202015.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

MELO, P. R. S.; RIOS, E. C. S. D.; GUTIERREZ, R. M.V. Equipamentos para hemodiálise. **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 105–134, 2000. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/bnset/set1206.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.

MENDES, Áquilas. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: os impasses do financiamento no capitalismo financeirizado**. São Paulo: Hucitec, 2012. Cap. 2.

MENDES, Áquilas.; MARQUES, Rosa M. A Saúde Pública sob a batuta da nova ordem. In: MARQUES, R. M.; JANSEN FERREIRA, M (Org.). **O Brasil sob a nova ordem**. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 267-286.

MENDES, Áquilas *et al.* Análise da estrutura econômica, desempenho e políticas para a terapia renal substitutiva (TRS): ênfase em hemodiálise e diálise peritoneal HAOC/MS. **Relatório de Pesquisa**. Núcleo de Estudos de Políticas para o Desenvolvimento Humano (NPDH) do Programa de Estudos Pós-Graduados de Economia Política da PUC-SP. Mimeo. 2010.

MENDES, Áquilas; LEITE, M G; MARQUES, R. M. Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de recursos federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, p. 673-690, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sala de Apoio À Gestão Estratégica. [200-?]. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. SUS, o desafio de ser único. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 15 mar. 2014. Tendências & Debates.

PIOLA, S. F. *et al.* **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. Rio de Janeiro: Ipea, jul. 2013. (Texto para Discussão, n. 1846).

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.) **Saúde no Brasil**: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), Ipea, 2009. (Texto para Discussão, n. 1391). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1391.pdf>. Acesso em: 18 set. 2014.

PORTO, Silvia Marta, *et al.* Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 376-388, set./dez. 2003.

SALVADOR, E. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

VIANNA, S. M. (Coord.). **Atenção de alta complexidade no SUS**: desigualdades no acesso e no financiamento. Projeto Economia da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; Ipea, 2005. v. 1. Disponível em: <http://getinternet.ipea.gov.br/economiasaude/adm/arquivos/destaque/alta_complexidade.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2014.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Expenditure Database**. The World Bank. Data, 2015. Disponível em: <<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS>>. Acesso em: 20 ago. 2015.