

Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma

Funding of the Unified Health System in FHC, Lula and Dilma government

Adilson Soares¹, Nelson Rodrigues dos Santos²

RESUMO: O artigo discute questões relativas ao financiamento e à alocação de recursos no SUS, no contexto de dois projetos políticos distintos. O estudo analisa os gastos com saúde no Brasil, no período de 1995 a 2012, comparados aos gastos internacionais, ao PIB e a Receita Corrente Bruta. Na análise, buscou-se comparar os compromissos assumidos com o SUS nas gestões dos presidentes FHC, Lula e Dilma. Observou-se que, com relação ao comportamento dos gastos com saúde, no âmbito federal, os governos do Partido dos Trabalhadores não diferiram dos governos do Partido da Social Democracia Brasileira. O perfil dos gastos com saúde não deu conta de atender ao sonho da reforma sanitária dos anos 1980.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; Economia da saúde; Financiamento da saúde; Gastos em saúde; Política de saúde.

ABSTRACT: *This article discusses issues related to funding and resource allocation in the SUS, in the context of two different projects policies. The study analyzed health spending in Brazil, in the period 1995 to 2012, compared to international spending, the Gross Domestic Product and Current Federal Gross Revenue. In the analysis, we compared the commitments made to the SUS in the administrations of Presidents FHC, Lula and Dilma. It was observed that, in relation to the behaviour of health spending, the Federal Governments of the Workers' Party did not differ from the Governments of the Brazilian Social Democracy Party. The profile of health spending didn't realize the dream of health reform in the years 1980.*

KEYWORDS: *Unified Health System; Health economics; Health financing; Health spending; Health policy.*

¹Doutorando em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. asoares@saude.sp.gov.br

²Doutor em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. Professor do Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas. (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. nelsons@fcm.unicamp.br

Introdução

O que parece certo no Sistema Único de Saúde (SUS) é o discurso recorrente com relação ao subfinanciamento do sistema. Apesar de as autoridades econômicas afirmarem que sempre é possível fazer mais com menos, o SUS já vem “tirando água das pedras” (SANTOS, 2010, p.18).

O debate sobre as questões do financiamento do SUS foram realizados no âmbito da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS¹), em meados da década de 1980 (BRASIL, 2006). O texto oferecido pela CNRS para discussão na Assembleia Nacional Constituinte trouxe as principais propostas defendidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS): O direito à saúde e o dever do Estado, a participação social por meio de conselhos, a atuação complementar do setor privado e o financiamento do SUS com recursos da arrecadação tributária geridos nos fundos de saúde.

O texto tramitou, inicialmente, na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, da Assembleia Nacional Constituinte, que enviou o seu relatório à Comissão da Ordem Social com todos os pontos defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária (MRS), restando a questão do financiamento, que ficou sem acordo (OLIVEIRA, 2005). A novidade na Comissão da Ordem Social foi a introdução da saúde no capítulo da Seguridade Social, o que não havia sido proposto anteriormente. Essa inclusão foi defendida pela ala considerada conservadora, à época (Odacir Soares – PFL/RO), em virtude do seu apoio ao governo militar, que propõe a superação da concepção contratualista e securitária associada à ideia de previdência social; e pela ala progressista, considerada à época (Eduardo Jorge – PT/SP) pela sua origem no meio sindical e popular, que argumenta que a seguridade é um termo mais amplo que a previdência e que para fazer valer os direitos nela contidos não é preciso ser contribuinte ou beneficiário.

Preocupados com a perda de autonomia, o movimento sanitário até propôs, inicialmente, emendas a esse capítulo, mas, depois, recuou

com receio de perder os avanços conquistados e para não obstaculizar o andamento do projeto (OLIVEIRA, 2005). Essas propostas foram introduzidas na Constituição Federal (CF) de 1988.

No campo da saúde, questões polêmicas ficaram para serem regulamentadas em lei complementar. Sendo um campo importante de atividade econômica, onde disputas e embates entre diferentes interesses se estabelecem, principalmente no âmbito do executivo e do legislativo federal, as regulamentações na saúde se arrastaram durante anos, décadas, e se arrastam até os dias de hoje, vinte e cinco anos após a promulgação da CF.

Já se processaram mais de sete dezenas de emendas à CF, e mais de oito dezenas de regulamentações, por meio de lei complementar, foram editadas, restando, ainda, cerca de 30% dos dispositivos constitucionais a ser regulamentados.

A proposta avançada do SUS – que tem por princípios a atenção universal, a equidade e a integralidade da atenção à saúde –, sem a garantia de recursos, não se sustenta. O que estava previsto no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) Art. 55 (BRASIL, 1988) “Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde”, não foi cumprido pela equipe econômica do governo federal (CARVALHO, 2002) e não se manteve na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) depois de 1993.

O texto genérico, definido na CF para o financiamento do SUS, conforme § 1º do artigo 198: “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 1988), alterado posteriormente pela Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000), que remeteu à definição do percentual a ser aplicado pela União na saúde para a legislação infraconstitucional, aprovada somente em janeiro de 2012, Lei Complementar nº 141 (BRASIL,

¹ Comissão Nacional da Reforma Sanitária, criada pela Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/1986. Tinha os seguintes objetivos: analisar as dificuldades identificadas no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde e sugerir opções para a nova estrutura organizacional do sistema; examinar os instrumentos de articulação entre os setores de governo que atuam na área da saúde e propor o seu aperfeiçoamento; apontar mecanismos de planejamento plurianual no setor saúde, ajustando-os com precisão às necessidades dos segmentos da população a ser atendida. Extraído do Inventário da CNRS, Fiocruz.

2012), que, entre outras coisas, não fixou percentual a ser aplicado pela União em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), propiciou o subfinanciamento do SUS.

Se a situação econômica do país afeta o montante de recursos públicos e privados disponível para a saúde (COUTTOLENC, 2002), a questão a ser discutida neste artigo é a de como se comportou o financiamento da saúde no Brasil nos anos pós a estabilidade econômica.

O estudo está circunscrito aos anos de 1995 a 2012, período que corresponde, no âmbito federal, à gestão de cinco governos e dois projetos políticos, governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso (FHC), Luís Inácio Lula da Silva (Lula) e dois anos do governo Dilma Rousseff.

Materiais e métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratória, desenvolvida com base em documentos obtidos em órgãos do Ministério da Fazenda, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério da Saúde e dados colhidos em sítios de interesse, como o Banco Mundial, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e Ministério da Saúde. A combinação de fontes foi uma marca do trabalho.

Os dados relativos ao gasto federal com ASPS foram apresentados por meio da construção de uma série histórica, relativa aos anos de 1995 a 2012, e organizados em cinco períodos: 1995-1998, 1999-2002, 2003-2006, 2007-2010 e 2011-2012. Esses períodos correspondem aos mandatos concluídos dos governos dos Presidentes FHC e Lula e aos dois anos de gestão da presidente Dilma Rousseff. Neste artigo, portanto, o quinto período foi tratado como tendência. Na análise dos dados, buscou-se estabelecer comparativos em valores absolutos e percentuais entre os gastos com ASPS, Produto Interno Bruto (PIB) e Receita Corrente Bruta Federal (RCB). Os resultados da análise desses dados

permitiram estabelecer as discussões e considerações do trabalho.

O gasto federal com ASPS se refere ao gasto total federal com saúde, excluído os valores relativos a inativos e pensionistas, além dos encargos da dívida (juros e amortizações), e o Fundo de Combate a Erradicação da Pobreza. Os dados foram organizados em tabelas e a análise dos dados do gasto federal com ASPS foi realizada utilizando-se o conceito de orçamento executado², convertido a preços reais de 2012. O Índice de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) foi a base para a correção dos dados.

Resultados e discussão

Se a decisão de realizar o estudo, com foco no financiamento do sistema, teve o propósito de analisar os compromissos políticos assumidos com o SUS, em gestões de governos no âmbito federal, a questão de pesquisa que se impõe e será discutida é: O subfinanciamento do SUS é uma política de governo ou de Estado?

A *tabela 1* apresenta os gastos per capita do governo federal com ações e serviços públicos de saúde, corrigidos a preços de 2012. Observa-se que a média anual de gastos por período apresentou um comportamento de alta, embora irregular, com aumentos que variaram entre 10,1% e 22,8%.

Analisando o gasto médio por período, observa-se que houve crescimento médio anual em todos os períodos, com um aumento de 79,8% do quinto período em relação à primeira gestão do presidente FHC, saindo de R\$ 222,54 per capita para R\$ 400,06 per capita.

O PIB apresentou um crescimento real em todos os períodos do estudo, acumulando um aumento médio anual de 61,4% do quinto em relação ao primeiro período.

O gasto federal com saúde, no tocante ao PIB, variou 1,8% no quinto período e 1,6% no primeiro. Os dados revelam que os gastos com ASPS crescem mais do que o PIB, mas

² O orçamento executado faz referência às despesas efetivamente liquidadas e pagas.

Tabela 1. Gasto federal com ações e serviços públicos de saúde e PIB per capita, 1995-2012

R\$ a.p. 2012

Períodos	Valores Anuais				
	Gasto Federal ASPS* per capita	Variação %	PIB per capita	Variação %	% PIB
Média 1995-1998	222,54	-	13.907,46	-	1,6
Média 1999-2002	251,41	13,0	14.685,03	5,6	1,7
Média 2003-2006	276,81	10,1	16.423,63	11,8	1,7
Média 2007-2010	339,90	22,8	20.201,75	23,0	1,7
Média 2011-2012	400,06	17,7	22.448,27	11,1	1,8
Média 1995-2012	286,82	..	16.987,11
5º/1º Período	79,77%	..	61,41%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Ministério da Saúde, IBGE e IPEA (Carta Conjuntura n. 19).

Nota: Gasto Federal com ASPS e PIB corrigidos pelo IPCA do IBGE.

*Ações e Serviços Públicos de Saúde

com uma participação percentual com relação a este quase que linear, com média de 1,7% em todo o período.

As RCB, *tabela 2*, cresceram 115,4%, comparando-se o quinto e o primeiro período, em média anual. Em contrapartida, observa-se que o gasto federal com ASPS cresceu menos (79,8%) nesse mesmo intervalo.

Comparando os períodos, a maior participação dos gastos na RCB se deu nos dois primeiros, 8,4 e 7,8%, respectivamente. O terceiro, quarto e quinto períodos ficaram abaixo da média de todos os anos, que foi de 7,4%, ficando em 7,1%, 6,9% e 7,0%, respectivamente. Verifica-se que o período de maior crescimento médio anual da arrecadação foi o quarto período, 25,9%, relativo ao segundo mandato do presidente Lula, e o de menor arrecadação foi o quinto, 15,5%, primeiro e segundo anos do governo Dilma.

A carga tributária no Brasil situou-se, na

média do período de 1995 a 2012, em 33,36% do PIB, *tabela 3*. A União teve uma participação relativa de 68,36% desse percentual (22,88% PIB), os estados com 26,51% (8,82% do PIB) e os municípios 5,13% (1,72% do PIB). No quinto, período em relação ao primeiro, houve um crescimento de 62,1% da participação dos municípios no PIB, 22,5% da União e 19,53% dos estados. Nesse período, a União teve uma queda de 0,85%, os estados queda de 3,36% e os municípios um aumento de 31,36% na sua participação relativa na carga tributária.

O crescimento da carga tributária municipal se explica principalmente pela elevação do tributo Imposto Sobre Serviço (ISS). Em 1995 representava 0,47% do total arrecadado pelos municípios em relação ao PIB, representando 37% do total arrecadado pelos municípios; em 2012, saltou para 1,01% do PIB, representando 49% do total arrecadado pelos municípios.

Tabela 2. Gasto federal com ações e serviços públicos de saúde na receita corrente bruta

R\$ a.p. 2012

Anos/Períodos	Valores Anuais per capita				
	Arrecadação RCB*	Variação %	Gasto ASPS**	Variação %	% receita
Média 1995-1998	2.637,7	..	222,5	..	8,4
Média 1999-2002	3.207,6	21,6	251,4	13,0	7,8
Média 2003-2006	3.908,4	21,8	276,8	10,1	7,1
Média 2007-2010	4.921,7	25,9	339,9	22,8	6,9
Média 2011-2012	5.682,1	15,5	400,1	17,7	7,0
Média 1995-2012	3.892,6	..	286,8	..	7,4
5º/1º Período	115,42%	..	79,77%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Ministério da Saúde e do Relatório e Pareceres Prévios sobre as Contas do Governo da República, do Tribunal de Contas da União.

Nota: Valores a preços de 2012, corrigidos pelo IPCA.

*Receita Corrente Bruta **Ações e Serviços Públicos de Saúde

Analisando o gasto público dos entes federados com ASPS, no período que se estende de 1990 a 2012, *tabela 4*, verifica-se que a participação relativa da União nas despesas com ASPS observou uma acentuada queda de 38,4% (28,58 pontos percentuais – p.p). Nos primeiros dez anos, de 1990 para 2000, a participação cai de 74,38% para 58,60%, queda de 21,2% (15,78 p.p), na década seguinte, 2000 a 2010, a participação cai 23,3% (13,63 p.p.), representando 44,97% do total gasto em saúde. Em 2012, observa-se um ligeiro aumento de 0,83 p.p., para compensar a queda na participação percentual dos estados, de 1,46 p.p. Em contrapartida, os estados tiveram um aumento de 87,2% (11,79 p.p.), saindo de 13,52%, em 1990, para 25,31%, em 2012, enquanto os municípios mais que dobraram a sua participação percentual no financiamento público de saúde, saindo de 12,10%, em 1990, para 28,89%, em 2012 – um aumento de 138,8% (16,79 p.p.). Esses dados revelam a transição no gasto público do setor saúde no Brasil, ocorrida no período pós-Constituição Federal de 1988, em

que estados e municípios assumem juntos o financiamento majoritário do setor – 54,2% do gasto público total –, no período de 1990 a 2012, o que representou um aumento de 111,5%. A recomposição dos percentuais para financiamento da saúde represento, para os municípios, a maior carga.

A *tabela 5* mostra que o gasto público com saúde no Brasil, no ano de 2011, representou 45,7% do total dos recursos gastos, enquanto o setor privado representou 54,3% do total. Essa distribuição do gasto com saúde, com predominância do gasto privado, assemelha-se ao perfil de gastos em países como o Chile, EUA, México, Paraguai e Venezuela, países que possuem sistemas de saúde que não contemplam o acesso universal e integral, como o Sistema Único de Saúde (SUS). A *tabela 5* mostra, ainda, que em países que possuem um sistema de saúde com as características do SUS, como é o caso de Canadá, Espanha, França, e Reino Unido, o gasto público é majoritário, variando entre 70% e 83% do gasto total.

Tabela 3. Participação dos entes federados na carga tributária

Anos/Períodos	Carga Tributária (Participação relativa e % do PIB)						% PIB
	União		Estados		Municípios		
	Part. %	% PIB	Part. %	% PIB	Part. %	% PIB	
Média 1995-1998	68,24	19,54	27,03	7,73	4,74	1,36	28,63
Média 1999-2002	68,08	22,80	27,21	9,10	4,71	1,58	33,48
Média 2003-2006	68,80	23,90	26,14	9,08	5,06	1,76	34,73
Média 2007-2010	68,68	24,31	25,86	9,14	5,46	1,93	35,62
Média 2011-2012	67,66	23,93	26,12	9,24	6,22	2,20	35,36
Média 1995-2012	68,36	22,78	26,51	8,82	5,13	1,72	33,36
5º/1º Período	-0,85%	22,47%	-3,36%	19,53%	31,36%	62,06%	23,53%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Secretaria da Receita Federal contidos nos documentos de 1995 a 2012 intitulado: Carga Tributária no Brasil.

Verifica-se, também, que o gasto público per capita do Brasil, em 2011, corrigido pela Paridade do Poder de Compra (PPP³), foi de 476,65 dólares, contra 3.182,08 do Canadá, 2.238,18 da Espanha, 3.133,96 da França, 2.747,29 do Reino Unido. O Brasil possui, ainda, um gasto per capita, quando utilizada a correção pela PPP, menor que o da Argentina, do Chile e do Uruguai.

Com relação ao PIB, podemos verificar que o Brasil apresenta um percentual de gasto de

8,90%, próximo ao gasto do Reino Unido, que é de 9,30%, mas com uma composição bem diferente. Enquanto o gasto público do Brasil está em 4,07% do PIB, o gasto do Reino Unido está situado em 7,69%.

Considerações finais

Este artigo discute questões relativas ao financiamento e à alocação de recursos no

Tabela 4. Gasto público com saúde, participação dos entes federados

Anos	Participação %		
	União	Estados	Municípios
1990	74,38	13,52	12,10
2000	58,60	20,20	21,20
2010	44,97	26,77	28,26
2012	45,80	25,31	28,89

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do MS, IPEA, Médici (1994), SIOPS e Nota Técnica nº 012 de 2013 - CONOF Câmara (2013).
Nota: Base de dados (1990 Médici, 2000 CONOF, 2010 e 2012 SIOPS e SPO/MS).

³Purchasing Power Parity (PPP) ou Paridade de Poder de Compra é uma técnica usada em economia para determinar o valor relativo de diferentes moedas. Usando a PPP, é possível comparar os gastos com saúde entre diferentes países na mesma base.

Tabela 5. Comparativo gasto em saúde, países selecionados - 2011

Valores US\$ PPP

Países	Gasto Público		Gasto Privado		Gasto total	Gasto % PIB		
	per capita 2011	Particip. %	per capita 2011	Particip. %	per capita 2011	Público	Privado	Total
Argentina	869,00	60,6	565,00	39,4	1.434,00	4,91	3,19	8,10
Brasil	476,65	45,7	566,35	54,3	1.043,00	4,07	4,83	8,90
Canadá	3.182,08	70,4	1.337,92	29,6	4.520,00	7,88	3,32	11,20
Chile	607,24	47,0	684,76	53,0	1.292,00	3,53	3,98	7,50
Espanha	2.238,18	73,6	802,82	26,4	3.041,00	6,92	2,48	9,40
EUA	3.951,07	45,9	4.656,93	54,1	8.608,00	8,22	9,68	17,90
França	3.133,96	76,7	952,04	23,3	4.086,00	8,90	2,70	11,60
México	464,36	49,4	475,64	50,6	940,00	3,06	3,14	6,20
Paraguai	203,42	38,6	323,58	61,4	527,00	3,74	5,96	9,70
Reino Unido	2.747,29	82,7	574,71	17,3	3.322,00	7,69	1,61	9,30
Uruguai	817,96	67,6	392,04	32,4	1.210,00	5,41	2,59	8,00
Venezuela	241,85	36,7	417,15	63,3	659,00	1,91	3,29	5,20

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Banco Mundial.

SUS, como elemento fundamental para sua consolidação, no contexto de dois projetos políticos distintos.

Se a materialidade da política de saúde no Brasil pode ser vista a partir do comportamento dos gastos em saúde, observou-se um alinhamento de política, no que se refere ao financiamento, nos governos FHC e Lula, e a mesma tendência no governo Dilma, a julgar pelos resultados dos seus primeiros dois anos de gestão. No âmbito federal, os governos do Partido dos Trabalhadores (PT) não diferiram dos governos do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

O perfil dos gastos em saúde não deu conta de atender aos ditames do sonho da reforma sanitária dos anos 1980 (BRASIL, 2006). Implantado, em grande medida, do ponto de vista legal, não se materializou do ponto de vista prático. Os números revelam e explicam, em parte, as dificuldades e tensões do SUS.

A tendência de queda acentuada da

participação proporcional do governo federal nos gastos com saúde se manteve ao longo de todos os períodos. O percentual do gasto público per capita, em relação ao total gasto, está situado num patamar que não condiz com um sistema universal de saúde, estando distante de sistemas semelhantes, como ocorre em alguns países da Europa, e próximo do sistema privado americano.

Enquanto o marco legal impõe, nos âmbitos local e regional, a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988), a distribuição da carga tributária favorece a concentração de receitas no nível federal. O aumento importante da participação municipal na carga tributária foi acompanhado de um crescimento substancial dos gastos municipais com saúde.

Os gastos com saúde do governo federal praticamente não cresceram em relação ao PIB. Somente nos dois primeiros anos do governo Dilma, houve um ligeiro aumento, ficando os gastos sempre abaixo do

crescimento das RCB.

As razões das dificuldades de evolução dos gastos podem ser explicadas, em parte, pelo compromisso do governo central em fazer superávit primário para pagamento da dívida pública (MENDES, 2012), em detrimento do aumento substancial e necessário dos gastos com saúde, para fazer cumprir a lei.

É fundamental a continuidade da reforma do Estado, inconclusa, para que o sub-

financiamento não inviabilize o SUS. Também é importante ter clareza de que é a reforma do Estado, por dentro e por fora dele, que vai permitir a consolidação do sistema, com os princípios concebidos pelos atores da reforma sanitária e definidos constitucionalmente. Estamos de acordo com Santos (2010).

Por fim, ao analisar esses períodos, o estudo revelou que o subfinanciamento do SUS é de fato uma política de Estado. ■

Referências

BRASIL. Câmara. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. Núcleo de Saúde. A participação estatal no financiamento de sistemas de saúde e a situação do Sistema Único de Saúde – SUS. Nota Técnica nº 012. *Câmara dos Deputados*, 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. *Diário Oficial da União*, [Brasília], 5 out. 1988.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional n.º29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*, [Brasília], 14 set. 2000. Disponível em: < http://www.dji.com.br/constituicao_federal/cfdistra.htm>. Acesso em: 30 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série I. História da Saúde no Brasil).

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 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 os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, [Brasília], 16 jan. 2012.

CARVALHO, G. C. M. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1998-2001*. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

COUTTOLENC, B. F. A Dimensão Econômica da Saúde. In: CIANCIARRULLO, T. I; CORNETA, V. K. (orgs.). *Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio*. São Paulo: Ícone, 2002. p. 271-303.

MÉDICI, A. C. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanço e perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1994.

MENDES, Á.N. *Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado*. São Paulo: Hucitec, 2012.

OLIVEIRA, M. S. C. *Participação, Saúde e Direito na Assembleia Nacional Constituinte: um resgate do debate*. In: Congresso Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPEDI), 14, 2005.

SANTOS, N. R. Sistema Único de Saúde – 2010: espaço para uma virada. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 8-19, 2010.

Recebido para publicação em novembro de 2013
Versão final em março de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve