

FINANCIAMENTO EM SAÚDE: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO PERÍODO 2007-2013

HEALTHCARE FINANCING: ANALYSIS OF THE SCIENTIFIC PRODUCTION FROM 2007 TO 2013

FINANCIACIÓN DE LA SALUD: ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA 2007-2013

Cintia Koerich¹
Laila Crespo Drago²
Thayse Aparecida Palhano Melo³
Selma Regina Andrade⁴
Alacoque Lorenzini Erdmann⁵

Objetivo: conhecer a produção científica sobre as formas de financiamento em saúde e sua aplicação nos diferentes cenários do Sistema Único de Saúde (SUS). **Método:** revisão integrativa de literatura nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, do Portal de Periódicos da Capes e da PubMed. Foram encontrados 295 trabalhos, sendo selecionados 21 artigos. **Resultados:** apresentam quatro categorias, de acordo com a divisão por blocos de financiamento, sendo elas: Financiamento na Gestão do SUS, Financiamento na Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde, Financiamento na Média e Alta complexidade e Financiamento na Assistência Farmacêutica. **Conclusões:** a amostra estudada evidencia os desafios enfrentados para consolidação do SUS e as estratégias de financiamento que surgiram desde sua criação e que reforçam a necessidade de recursos específicos para o setor saúde.

Descritores: Financiamento da Assistência à Saúde; Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde.

Objective: the study aims to evaluate the scientific literature on ways to finance health and its application in the different scenarios of the Unified Health System. Method: a literature integrative review was performed in the databases of the Virtual Health Library, the Journals Portal Capes and PubMed. 295 works were selected 21 articles were found. Results: they have four categories according to the division by financing packages provided in Ordinance 204 of the Ministry of Health in 2007, as follows: Financing in SUS management; Financing in Primary Health Care and Health Surveillance; Financing in the medium and high complexity and financing in Pharmaceutical Care. Conclusion: the sample shows the challenges for SUS consolidation and financing strategies that have arisen since its creation and which reinforce the need for specific resources for the health sector.

Descriptors: Health Care Financing; Health Unic System; Health Management.

Objetivo: conocer la producción científica sobre las formas de financiación de la salud y su aplicación en los diferentes escenarios del Sistema Único de Salud. Método: revisión integrativa de literatura, en bancos de datos de la Biblioteca

¹ Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Cintia.koerich@gmail.com

² Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Integrante do Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem (PRÁXIS/UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. lailadrage@hotmail.com

³ Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Integrante do Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem (PRÁXIS/UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. thaypalhano@gmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. selma.regina@ufsc.br

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. alacoque@newsite.com.br

Virtual en Salud, Portal de Periódicos de Capes y de Pubmed. Fueron encontrados 295 trabajos, seleccionándose 21 artículos. Resultados: presentan cuatro categorías, divididos en módulos según las modalidades de financiación, a saber: Financiación en la Gestión del SUS, Financiación de Atención Primaria de Salud y Vigilancia en Salud, Financiación en Media y Alta Complejidad y Financiación en Ayuda Farmacéutica. Conclusiones: la muestra estudiada evidencia los desafíos enfrentados para consolidar el SUS y las estrategias de financiamiento surgidas desde su creación, que refuerzan la necesidad de recursos específicos para el sector salud.

Descriptores: Financiación de la Atención de la Salud; Sistema Único de Salud; Gestión en Salud.

Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 revela-se uma das mais importantes políticas públicas brasileiras, por deliberar o direito à saúde a todos os cidadãos de forma integral e universal. Constitucionalmente, o financiamento do SUS é uma responsabilidade comum da União, estados, Distrito Federal e municípios⁽¹⁾. No entanto, a consolidação de um sistema de atenção à saúde, nessas dimensões, em um país com tantas desigualdades e restrições orçamentárias, é uma tarefa bastante complexa para os gestores⁽²⁾.

Em se tratando de uma política de Estado, ao longo dos anos foram criados dispositivos para garantir o financiamento no SUS, destacando-se, entre eles, a Emenda Constitucional 29/2000, posteriormente regulamentada pela Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, que define os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos gestores em ações e serviços públicos de saúde, bem como os critérios de rateio dos recursos de transferências e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde⁽³⁻⁴⁾.

Após a edição dessa Lei, outros dispositivos foram implantados com vistas à organização das formas de financiamento e de transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle. Atualmente, está em vigor a composição por blocos de financiamento, tanto para custeio quanto para investimentos na rede de serviços de saúde^(2,5).

Contudo, apesar de existir regulamentação para a transferência de recursos para a saúde, isso não significa garantia do cumprimento eficaz

e efetivo do dispositivo legal devido aos diversos obstáculos administrativos. Além disso, a regulamentação desejada para o orçamento do setor saúde brasileiro resulta de um longo percurso de negociação política e econômica, cujo processo histórico e produção científica carecem de conhecimento.

No Brasil, a formação em saúde tenta avançar para atender as orientações políticas do setor saúde, em especial quando se trata de atender as necessidades atribuídas à implementação do SUS, incluindo problemas de ordem gerencial do sistema de saúde. Neste sentido, importa aos profissionais de saúde apropriar-se das formas de repasse financeiro para o SUS e das necessidades e dos critérios de investimento nos diversos cenários do sistema de saúde, a fim de favorecer ativamente a participação nas discussões em torno do tema e, conseqüentemente, melhorias para o setor saúde. Este estudo orientou-se pelo seguinte questionamento: Como o financiamento em saúde está descrito na literatura e como vem sendo aplicado nos diferentes cenários do sistema de saúde?

A necessidade de ampliar o escopo de conhecimentos sobre o processo de regulamentação do financiamento no âmbito do SUS inclui fatores, como montante, origem e repasse dos recursos, que acabam por influenciar a prática profissional e o gerenciamento de recursos públicos. O tema de financiamento de sistemas e serviços de saúde está previsto na agenda regional de prioridades de pesquisa em enfermagem, especificando custos, desempenho, resultados e mecanismos de financiamento⁽⁷⁾.

Este estudo objetiva conhecer a produção científica sobre as formas de financiamento em saúde e sua aplicação nos diferentes cenários do Sistema Único de Saúde.

Método

O estudo é uma revisão integrativa de literatura, de abordagem qualitativa e descritiva. A revisão integrativa de literatura preocupa-se com o processo de reunir e sintetizar resultados sobre um tema para aprofundá-lo, de maneira sistemática e ordenada⁽⁸⁾. As etapas percorridas na realização desta pesquisa foram: delimitamento do tema a ser estudado e da questão norteadora da busca; definição das bases de busca e dos critérios de inclusão e exclusão; análise criteriosa dos estudos e seleção dos dados extraídos; elaboração de categorias e discussão dos resultados encontrados.

A seleção dos artigos foi realizada entre os meses de outubro e novembro de 2013, nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), do Portal de Periódicos da Capes e da PubMed. Para a busca foram utilizados os descritores “Financiamento da Assistência à Saúde” AND “Sistema Único de Saúde” e seus correspondentes em Inglês “*Healthcare Financing*” AND “*Unified Health System*” extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Para a seleção dos artigos científicos, foi desenvolvida a leitura das publicações que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos: artigos originais, publicados no período de janeiro de 2007 a outubro de 2013, nos idiomas disponíveis. O período escolhido para a busca justifica-se, considerando a publicação da Portaria n. 204 do Ministério da Saúde em 2007 e, com ela, a mudança na forma de repasse financeiro ao Sistema Único de Saúde no Brasil.

Foram definidos como critérios de exclusão: publicações repetidas nas bases de dados; artigos de revisão, reflexão, relatos de experiência; teses, dissertações, monografias e artigos que se referiam ao financiamento de maneira indireta, e não

aos cenários do SUS. Após a coleta dos dados, foi realizado o processo de duplo cego, com o objetivo de garantir a confiabilidade dos dados.

Na sequência, foi iniciada a exploração dos trabalhos selecionados, que foram analisados com base na pergunta de pesquisa e nos critérios de inclusão e exclusão. Quanto à interpretação, foi realizada uma leitura criteriosa dos artigos, momento em que se fez a discussão dos resultados. Por último, foi produzida uma síntese do conhecimento e apresentação da análise dos dados, buscando demonstrar a trajetória do financiamento na saúde no âmbito do SUS e sua aplicação nos diferentes cenários desse Sistema, de acordo com o que foi apresentado nos artigos selecionados. Os princípios éticos foram considerados na elaboração deste estudo, sendo respeitada a autoria e a integridade dos artigos que compuseram essa revisão integrativa.

Resultados

A busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) apresentou 77 artigos que, após seleção baseada nos critérios deste estudo, foram reduzidos a 5 artigos. No Portal de Periódicos da Capes, a busca resultou em 213 artigos, sendo 16 qualificados para análise neste estudo. Destes 16 artigos, 4 estavam repetidos com os resultados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), restando 12 artigos para análise. E, na base de dados PUBMED, resultou em 5 artigos, sendo selecionados 4 destes. No total foram selecionados 21 artigos, detalhadamente analisados. Destes, 13 foram publicados na Revista Ciência e Saúde Coletiva. Todos os 21 estudos eram nacionais e 14 dentre estes analisaram o financiamento no SUS em nível nacional e 7 em estados específicos, sendo 1 em Pernambuco, 1 no Rio Grande do Norte, 1 na Bahia, 1 no Recife, 2 em São Paulo, 1 em Santa Catarina. Em relação ao local de produção, 9 artigos são do Sudeste, 6 do Centro-Oeste, 4 do Nordeste e 2 do Sul do Brasil, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Produção científica segundo base de dados, periódico de publicação, título, autores e ano de publicação e local de realização do estudo (continua)

Base	Periódico	Título	Autor e ano	Local
PORTAL CAPES	Ciência e Saúde Coletiva	A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004	França JRM, Costa NR, 2011 ⁽⁹⁾	Brasil
BVS	Ciência e Saúde Coletiva	Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)	Silva SF, 2011 ⁽¹⁰⁾	Brasil
PORTAL CAPES	Textos & Contextos (Porto Alegre)	O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil	Silva CLS, Rotta CV, 2012 ⁽¹¹⁾	Brasil
PUBMED	Cadernos de Saúde Pública	Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde	Vazquez DA, 2011 ⁽¹²⁾	Brasil
PORTAL CAPES	Ciência e Saúde Coletiva	O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização	Mendes A, Marques RM, 2009 ⁽¹³⁾	Brasil
PUBMED	Ciência e Saúde Coletiva	Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro	Leite VR, Lima KC, Vasconcelos CM, 2012 ⁽¹⁴⁾	Rio Grande do Norte
PORTAL CAPES	Ciência e Saúde Coletiva	O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia?	Rosa MRR, Coelho TCB, 2011 ⁽¹⁵⁾	Bahia
PUBMED	Ciência e Saúde Coletiva	Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Europeia e Brasil	Gerschman S, 2008 ⁽¹⁶⁾	Brasil

Quadro 1 – Produção científica segundo base de dados, periódico de publicação, título, autores e ano de publicação e local de realização do estudo (continuação)

Base	Periódico	Título	Autor e ano	Local
PUBMED	Ciência e Saúde Coletiva	Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde	Pinheiro Filho FP, Sarti FM, 2012 ⁽¹⁷⁾	Brasil
PORTAL CAPES	Ciência e Saúde Coletiva	Análise dos investimentos do Ministério da Saúde em pesquisa e desenvolvimento do período 2000-2002: uma linha de base para avaliações futuras a partir da implementação da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde	Caetano R, Vianna CMM, Sampaio MMA, Silva RM, Rodrigues RRD, 2010 ⁽¹⁸⁾	Brasil
PORTAL CAPES	Ciência e Saúde Coletiva	Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço	Ferraz F, Backes VMS, Mercado-Martinez FJ, Feuerwerker LCM, Lino MM, 2013 ⁽¹⁹⁾	Santa Catarina
PORTAL CAPES	Ciência e Saúde Coletiva	Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares	Ribeiro JM, 2009 ⁽²⁰⁾	Brasil
PORTAL CAPES	Ciência e Saúde Coletiva	Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005	Silva SF, Martelli PJJ, Sá DA, Cabral AP, Pimentel FC, Monteiro IS, et al., 2011 ⁽²¹⁾	Pernambuco

Quadro 1 – Produção científica segundo base de dados, periódico de publicação, título, autores e ano de publicação e local de realização do estudo (continuação)

Base	Periódico	Título	Autor e ano	Local
PORTAL CAPES	Ciência e Saúde Coletiva	A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia de Saúde da Família em municípios de grande porte	Portela GZ, Ribeiro JM, 2011 ⁽²²⁾	Brasil
PORTAL CAPES	São Paulo em Perspectiva	Avaliação da eficiência técnica utilização dos recursos do Sistema Único de Saúde na produção ambulatorial	Ferreira MP, Pitta MT, 2008 ⁽²³⁾	São Paulo
BVS	Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia	Análise de custos de assistência à saúde aos portadores de diabetes melito e hipertensão arterial em uma unidade de saúde pública de referência em Recife – Brasil	Marinho MGS, Cesse EAP, Bezerra AFB, Sousa IMC, Fontbonne A, Carvalho EF, 2011 ⁽²⁴⁾	Recife
BVS	Revista de Saúde Pública	Custo da assistência de gestantes e parturientes diabéticas e com hiperglicemia leve	Cavassini ACM, Lima SAM, Calderon IMP, Rudge MVC, 2012 ⁽²⁵⁾	São Paulo
BVS	Revista de Saúde Pública	Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde	Vieira FS, Zucchi P, 2011 ⁽²⁶⁾	Brasil
PORTAL CAPES	Revista Panamericana de Salud Publica	Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil	Vieira FS, 2010 ⁽²⁷⁾	Brasil
PORTAL CAPES	Value in Health	Gastos do Ministério da Saúde do Brasil com medicamentos de alto custo: uma análise centrada no paciente	Brandão CMR, Guerra Júnior AA, Cherchiglia ML, Andrade ELG, Almeida AM, Silva GD, et al., 2011 ⁽²⁸⁾	Brasil

Quadro 1 – Produção científica segundo base de dados, periódico de publicação, título, autores e ano de publicação e local de realização do estudo (conclusão)

Base	Periódico	Título	Autor e ano	Local
BVS	Saúde e Sociedade	Financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde	Vieira FS, Zucchi P, 2013 ⁽²⁹⁾	Brasil

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

A discussão dos dados foi organizada e apresentada em quatro categorias, de acordo com a divisão por blocos de financiamento previstos na Portaria n. 204/2007 do Ministério da Saúde, da seguinte forma: Financiamento na Gestão do SUS; Financiamento na Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde; Financiamento na Média e Alta complexidade; e Financiamento na Assistência Farmacêutica.

Financiamento na Gestão do SUS

Na década de 1990 no Brasil, após a Constituição Federal de 1988, à União foi outorgado o papel de coordenação nacional do SUS, bem como ficou sob sua responsabilidade a alocação de recursos para sua implementação. Cabe mencionar que, mesmo antes da implementação do SUS, a União já detinha a responsabilidade de repasse de cerca de 70% dos gastos públicos em saúde, o que hoje gira em torno de 50%⁽⁹⁻¹⁰⁾. Nesse sentido, o financiamento do setor saúde no Brasil tem suscitado questionamentos acerca de sua suficiência e regularidade⁽⁹⁾.

A maior parte dos gastos com saúde no país, antes da Constituição de 1988, era coberta com recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). O restante, entre 12% e 23%, por receitas de impostos, evidenciando a extrema dependência do financiamento da saúde ao setor previdenciário^(9,11). A partir de 1995, as contribuições sociais, como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e a Contribuição Provisória sobre a Movimentação

Financeira (CPMF), tiveram representações mais significativas nesse âmbito, tendo esta última servido como alternativa para os problemas causados pela crise da previdência social no início da década de 1990. Desta maneira, durante praticamente toda essa década, estendendo-se ao ano 2000, as fontes de financiamento à saúde com maior representatividade foram as contribuições sociais e de seguridade social, com aumento gradativo do primeiro e oscilação do segundo⁽⁹⁾.

Assim, a fim de garantir o repasse para a saúde, foram utilizadas diversas formas de arrecadação, como a CPMF, a Emenda Constitucional 29, a Cofins, o FPAS, dentre outros^(9,11-12). Pode-se afirmar que a alocação de recursos para a saúde é uma problemática antiga, sujeita a muitas oscilações, pelo fato de não possuir recursos próprios⁽¹³⁾.

Os impasses em tornar a EC/29 lei, por exemplo, podem ser percebidos como reflexos do desinteresse na alocação de recursos próprios para a saúde, uma vez que sua tramitação no Congresso Nacional, sob a forma de Projeto de Lei Complementar (PLP) 01/2003, durou 12 anos. A Lei n. 141/2012 foi aprovada apenas em 2011 e sancionada em 2012, estabelecendo o repasse mínimo de 12% da arrecadação dos impostos dos estados e do Distrito Federal para ações e serviços públicos de saúde⁽⁴⁾. No entanto, enquanto autores discutem a aprovação da EC 29/2000 com uma perspectiva positiva em relação ao aumento de aplicação de recursos em saúde⁽¹⁴⁾, outros estudos selecionados sustentam que tal repasse ainda será insuficiente para a consolidação do financiamento do SUS^(11,13).

Após o início do processo de transferência de responsabilização do financiamento da saúde da

União aos estados e municípios, e com o processo de descentralização, observou-se que os gastos da união com saúde apresentaram recuo em relação aos estaduais e, principalmente, os municipais, que acabaram assumindo boa parte desse dispêndio^(9-11,14).

Estudo aponta que a maioria dos municípios compromete em torno de 20% de seu orçamento com a saúde, sendo 15% o mínimo estipulado pela Constituição⁽¹⁰⁾. A descentralização no repasse dos recursos acaba por eximir a responsabilidade da União com os gastos em saúde, fazendo com que os municípios tenham que arcar com a maior parte desses custos. Desta forma, observa-se um aumento dos gastos municipais com saúde, considerando que os incentivos da união não acompanham o aumento do número de serviços e profissionais exigidos dos municípios^(10,12,14-15).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Banco Central apontam que os gastos municipais com saúde, em 2000, representaram 0,62% do PIB, atingindo 1,07% em 2007. Já os gastos com profissionais de saúde, que corresponde ao principal dispêndio, tiveram um aumento superior a 2.000% em 25 anos (1980-2005). O mesmo estudo alerta que a Lei de Responsabilidade Fiscal limita a contratação de profissionais, fazendo com que os municípios tenham que estabelecer parcerias com empresas privadas para contratação desses⁽¹⁰⁾.

Neste sentido, uma questão relevante para se discutir no âmbito do financiamento da saúde no Brasil é a configuração do setor privado, como sistema complementar ao SUS ou como sistema paralelo a este. O financiamento público acaba sendo dividido entre os setores público e privado, em especial quando se trata do serviço de alta complexidade, considerando este o maior provedor de lucro na saúde, se comparado aos outros níveis de atenção. O sistema de contratação e convênios com o setor privado mantém-se desde o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que previa o financiamento do setor privado pelo setor público⁽¹⁶⁾.

No período de 1975 a 2007, foi detectado em estudo um aumento dos investimentos no setor privado (43,5%) em relação ao setor público (38%), sendo o investimento público no setor privado cerca de 5% maior que no próprio setor público⁽¹¹⁾. Desse modo, pode-se interpretar que a regulação do SUS ocorre de maneira inadequada, à medida que não visa o controle de custos por parte dos prestadores de serviços de saúde, inviabilizando o processo de previsão dos recursos necessários ao financiamento do sistema. Desse modo, esse controle fica sob a responsabilidade do prestador de serviço, na maioria representado pelo setor privado⁽¹⁷⁾.

Destarte, pode-se questionar se o SUS seria mesmo o único sistema de saúde brasileiro, já que o setor privado não parece exercer papel de complementariedade, e sim de disputa de mercado, em especial no campo hospitalar, onde o setor público é mais deficitário, favorecendo, desta forma, a segmentação do setor saúde. A ausência de controle e avaliação em relação ao setor privado faz com que a esfera pública seja influenciada por interesses privados, os quais possuem caráter meramente comercial.

Desta forma, o sistema público, além de não regular as ações e os serviços do setor privado, ainda se exime da obrigação de garantir o direito à saúde da população, já que não investe devidamente no setor público, ressaltando que os repasses à saúde não recebem a devida correção, constituindo forte constrangimento fiscal à União^(12,16). Além disso, os conceitos de ações e serviços de saúde são constantemente ignorados pelo governo federal, ao incluir, no orçamento da saúde, ações e serviços que não dizem respeito a esse setor⁽¹³⁾.

Observa-se ainda uma disparidade na alocação dos recursos referentes a pesquisas e desenvolvimento em saúde. O investimento total nessa área, de 2000 a 2002, foi de 199,3 milhões, sendo a maior parte dos recursos destinado à região Sudeste do Brasil (cerca de 70%), enquanto à região Norte, apenas 1,1%⁽¹⁸⁾, apontando a necessidade de maiores incentivos à produção de conhecimento em outras regiões do país.

Ainda em relação aos recursos destinados ao desenvolvimento do setor saúde, pode-se citar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), financiada pelo “bloco de Gestão do SUS”, isto é, repasse do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais ou Estaduais de Saúde, demonstrando que esses repasses também encontram desafios para a sua efetivação, considerando a burocratização, a indefinição nas formas de repasse e a morosidade do sistema público regional⁽¹⁹⁾.

Destaca-se que o SUS, em seu componente teórico-filosófico, foi inspirado nas ideologias do modelo Beveridgeano. Na prática, o financiamento do SUS é muito similar ao modelo norte-americano, uma vez que favorece o crescimento e a expansão do setor saúde sob a ótica capitalista, além de comprometer o orçamento de famílias e o acesso equitativo institucionalmente preconizado⁽²⁰⁾. Evidencia-se, desta forma, a dificuldade na alocação de recursos próprios para a saúde, assim como de fiscalização e responsabilização no repasse desse financiamento. Assim, o controle social na aprovação ou não das contas do SUS é apontado como um caminho importante e necessário para a sua consolidação⁽¹⁴⁾.

Nesse contexto são enfatizadas as questões referentes à arrecadação estabelecida pela legislação, enfatizando a descentralização dos investimentos entre união, estados e municípios, até a influência do setor privado no repasse financeiro para o setor.

Financiamento na Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde

No Brasil e em muitos países latino-americanos, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi direcionada para a população de baixa renda, inicialmente constituída por um pacote básico de serviços, sem garantia de acesso aos serviços de atenção secundária e terciária^(10,16). Nesse cenário, houve uma especialização do setor público na APS, enquanto o setor privado especializou-se na atenção secundária (média) e terciária (alta complexidade) à saúde⁽¹⁶⁾.

Nesse nível de atenção, além do que está disposto pela EC 29/2000, há duas Normas importantes para esclarecer o financiamento da saúde: a Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, a qual define o Piso de Atenção Básica (PAB), o PAB fixo, destinado aos procedimentos da APS, com cálculo sob o valor *per capita* e o número populacional, e o PAB variável, com o intuito de financiar as estratégias organizacionais, incluindo a Estratégia Saúde da Família (ESF); e a Norma Organizacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002 cujo fundamento era estabelecer ações estratégicas a serem desenvolvidas pelos municípios, além da regionalização e hierarquização do Sistema de Saúde^(12,16,21-22, 30-32).

Durante a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil, na década de 1990, ocorreu um importante incentivo da União, para que os municípios implementassem esse programa, em especial após a proposta da EC 29 em 2000⁽¹²⁾. O resultado foi o aumento do número de Unidades Básicas de Saúde (UBS), que passou de 16.319, em 1992, para 40.000, em 2008. Também o número de Agentes Comunitários de Saúde passou de 29.000, em 1994, para 235.000, em 2010⁽¹⁰⁾.

Nesse cenário, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido considerada mecanismo de efetivação da APS no Brasil⁽¹⁴⁾. Assim, como forma de incentivo à expansão da ESF para todo o território brasileiro, o Ministério da Saúde criou o Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (Proesf). No que se refere a esse projeto, a região Sudeste afasta-se das metas pactuadas, indicando menor adesão à ESF, fato que pode estar relacionado à disposição de uma ampla rede de serviços de saúde. Já a região Nordeste apresentou maior adesão, apesar da maior vulnerabilidade econômica e financeira⁽²²⁾.

No âmbito da ESF, o estado de Pernambuco apresentou crescimento no número de Equipes de Saúde Bucal (ESB), paralelamente ao avanço da ESF, com um aumento representativo de 390%, no que se refere ao repasse financeiro da União destinado somente à saúde bucal, enquanto o valor destinado à ESF no estado passou de cerca 300 milhões, em 2002, para 335

milhões, em 2005. O incentivo financeiro destinado à saúde bucal passou de 3 milhões para 16 milhões, para os mesmos anos. Esse aumento no investimento na saúde bucal está relacionado ao financiamento das ESB proporcionalmente ao número de equipes de Saúde da Família⁽²¹⁾.

Evidencia-se que a consolidação da rede de atenção à saúde representa um importante fator de racionalização de gastos para o sistema de saúde e para melhor oferta assistencial, ao ponto de se propor a organização dos fluxos da atenção à saúde, quando se defende a APS na posição de ordenadora da continuidade da atenção aos outros níveis de complexidade do SUS⁽¹⁰⁾.

Cabe ressaltar a importância do financiamento da atenção primária à saúde para atuação dos profissionais de saúde nesse cenário, uma vez que recursos adequados viabilizariam estratégias e ações em âmbito nacional. Neste sentido, torna-se essencial mobilizar recursos, para que tais estratégias e ações concretizem-se, com base na análise dos atuais métodos de mobilização de recursos, considerando suas potencialidades e fragilidades⁽⁷⁾.

Sendo assim, a APS, inicialmente considerada um modelo de atenção para a população carente, recebeu financiamento considerável da união por meio da ESF. Tal iniciativa tem como propósito a mudança no modelo de atenção à saúde no Brasil, visando a promoção da saúde e tirando o enfoque do modelo atual na doença.

Financiamento na Média e Alta complexidade

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS) incluiu a regulamentação complementar relacionada aos prestadores de serviços de média e alta complexidade, buscando fortalecer a gestão dos estados sobre as referências intermunicipais. Com ela, os estados ganharam maior relevância no planejamento regional e no desenvolvimento de mecanismos de regulação tanto para a assistência hospitalar e ambulatorial como para o atendimento de urgência/emergência⁽²³⁾.

Por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI), e em âmbito colegiado, os estados

tornaram-se responsáveis pelo planejamento das parcelas dos recursos gastos pelos municípios na esfera de ação da média e da alta complexidade. Tais parcelas consideravam a proporção da população local, a população de referência, os polos de atendimento regional com procedimentos de alto custo e alta complexidade, as áreas de abrangência e o limite financeiro de custos⁽²³⁾.

As barreiras de acesso para a oferta de serviços de média e alta complexidade no SUS, no entanto, continuavam (e continuam) presentes, especialmente pela falta de investimento nesse nível de atenção à saúde. O papel complementar que o setor privado deveria apresentar para o SUS passou a ser discutível, uma vez que o atendimento das necessidades de serviços de saúde estava atrelado à oferta daquele setor. Assim, o acesso à média e alta complexidade revelou-se um dos pontos de maior estrangulamento do SUS⁽¹⁶⁾.

Na atenção hospitalar, o financiamento público estava dividido entre os setores público e privado, mesmo antes da criação do SUS. Em 1950, no Brasil, 53,9% dos leitos hospitalares eram privados e suplementavam as redes estatais. Na década de 1960, esse percentual aumentou para 62,1%, o que aponta um crescente aumento da especialização, com foco no tratamento, dentro do setor de saúde. Também evidenciou a definitiva inserção e o desenvolvimento do setor privado nesse mercado, à custa do financiamento público⁽¹⁶⁾.

Em 1999, dos 7.806 hospitais brasileiros, 6.148 (78,8%) prestavam serviços ao SUS. No entanto, no período de 2002 a 2005, houve uma significativa diminuição do quantitativo total de leitos privados credenciados pelo SUS⁽²⁰⁾. É importante salientar que, a partir de 1995, houve maior participação dos gastos federais no âmbito da APS, com a criação do PAB e a expansão do PSF, com um equilíbrio maior na transferência da União para estados e municípios direcionada às atividades não hospitalares e hospitalares.

Neste sentido, pode-se observar um raciocínio sobre a oferta de serviços hospitalares e seus efeitos sobre a migração de clientes para o seguro privado, considerando a redução significativa de contratação de leitos privados pelo

SUS. Persiste no SUS uma “universalização excludente”, isto é, o racionamento da oferta de serviços pelo sistema público, por meio do subfinanciamento, influenciando a migração da clientela de classe média e alta para o setor privado⁽²⁰⁾.

O financiamento da assistência de média e alta complexidade no SUS dá-se por meio do cálculo percentual de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), cujos gastos são computados no Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). Contudo, a averiguação dos percentuais investidos pelo SUS, desde sua criação, está comprometida pelo fato de o SIOPS apresentar maior consistência de dados nos anos mais recentes⁽²⁰⁾.

Outro aspecto relevante sobre o financiamento em média e alta complexidade diz respeito à diferenciação de valores da tabela e remuneração do SUS por níveis de atenção à saúde. Assim, no âmbito hospitalar, os valores para o ressarcimento das internações são pagos por meio de um pacote referente aos serviços dos profissionais e dos serviços hospitalares, o que inclui os valores referentes à alimentação, taxas de sala, materiais hospitalares, medicamentos e exames de apoio diagnóstico. O mesmo não acontece no nível ambulatorial, já que seus procedimentos são remunerados de forma linear, de acordo com a sua produção⁽²⁴⁾.

Ao analisar a realidade do município de Recife no ano de 2007, quanto aos procedimentos e custos em média e alta complexidade, identificou-se a realização de quase 239.263 procedimentos, e o valor reembolsado pelo SUS, por meio do Incentivo à Média e Alta Complexidade (MAC), gerou uma receita superior a R\$ 2 milhões de reais. Os procedimentos para diagnóstico indicaram 57% do total da produção ambulatorial do serviço em questão e 45% do valor pago pelo SUS. Ressalva-se que as consultas ambulatoriais especializadas representaram aproximadamente 35% do total da produção⁽²⁴⁾.

Ao comparar os custos entre hospitalização e atendimento ambulatorial de gestantes e parturientes diabéticas, entre os anos de 2007 e 2008, estudo constatou que o custo com gestantes acompanhadas em ambulatório foi de R\$53,43

por gestante, enquanto que os gastos com as que foram hospitalizadas e tratadas com insulina foi de R\$187,84 por gestante. Ressalta-se que o elevado número de cesarianas, nesses casos, tende a aumentar o tempo de internação e os custos para o sistema⁽²⁵⁾.

Evidencia-se a importância de investimentos na expansão e instrumentalização da atenção básica à saúde, em especial na estratégia de saúde da família, a fim de facilitar o acesso e a resolutividade nesse cenário, evitando encaminhamentos desnecessários e objetivando a reorganização do modelo assistencial com a diminuição de consultas na média e alta complexidade⁽³³⁾.

Assim, a média e alta complexidade são setores do SUS de grande interesse para o setor privado, as quais, pela ênfase no uso de tecnologias e enfoque nas especialidades médicas, geram lucros mais elevados. O sistema público investe em atenção primária, cuja lógica da promoção da saúde tem pouca aderência ao sistema econômico vigente, deixando a média e alta complexidade como uma fatia do mercado para exploração privada.

Financiamento na Assistência Farmacêutica

Em 2003, foi regulamentada a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), que se tornou responsável pela aprovação dos preços de entrada e reajustes anuais de produtos farmacêuticos no mercado. Posteriormente, em 2007, a CMED também ficou responsável por regularizar os preços de venda de medicamentos recomendados pelo Ministério da Saúde para o governo, criando o Coeficiente de Adequação de Preços (CAP). Trata-se de uma percentagem a ser abatida do preço de fábrica desses medicamentos, dando origem ao preço máximo de venda ao governo (PMVG). Este desconto é obrigatório, por se tratar de vendas destinadas à Administração Pública⁽²⁶⁾.

Ainda em 2007, assim como as demais ações e serviços de saúde, o financiamento federal da assistência farmacêutica também se tornou um bloco específico, denominado Bloco de

Financiamento da Assistência Farmacêutica. Na prática, ocorreu um agrupamento dos programas em componentes desse bloco de financiamento, que facilitou, do ponto de vista da gestão, a execução financeira pelos gestores do SUS⁽²⁷⁾. Assim, as diferentes esferas de governo e os hospitais que estão sob o regime de administração pública indireta são autônomos no processo de compra de medicamentos. No entanto, isto requer uma análise minuciosa dos gastos de cada ente federado, a fim de manter o controle e a eficiência sobre os recursos públicos⁽²⁶⁾.

No âmbito do financiamento da assistência farmacêutica, o Programa de Medicamentos de Alto Custo (PMAC) tem por objetivo o tratamento farmacoterapêutico para pacientes com indicação de uso de medicamento de alto custo, em caso de cronicidade. Os gastos com medicamentos, nesse programa, têm apresentado crescimento contínuo. Em 2003, foram gastos aproximadamente R\$1,5 bilhão e, em 2005, esses recursos já somavam R\$1,92 bilhão. No período de 2000 a 2004, a população atendida pelo programa foi de 611.419 e o gasto total com medicamentos ultrapassou R\$2 bilhões de reais. Dos beneficiários do programa, 41,9% dos indivíduos residiam na região Sudeste. Esses medicamentos representam parcela substancial dos gastos públicos em saúde⁽²⁸⁾.

Entre 2005 e 2009, houve aumento de 65,3% nos recursos financeiros alocados pela União para a aquisição de medicamentos no SUS, passando de 3,4 bilhões de reais constantes de 2009 para 5,7 bilhões de reais em 2013. No mesmo período, houve aumento do volume de transferências feitas às esferas subnacionais. Os estados e o Distrito Federal aumentaram em 112,4% o volume de recursos próprios alocados no financiamento da aquisição de medicamentos, passando de 773,7 milhões de reais, constantes em 2009, para 1,6 bilhões de reais em 2013. Em relação às transferências feitas pelos estados aos municípios, também houve considerável aumento entre os anos de 2005 e 2006⁽²⁹⁾.

Assim, verifica-se que a participação da União no financiamento da aquisição de medicamentos manteve-se praticamente constante entre 2005 e

2009, passando de 61,8% para 63,2%. Ao mesmo tempo, houve aumento da participação estadual, de 14% para 18,4%, e diminuição da participação municipal nesse período, de 24,2% para 18,4%. No total, houve aumento de 61,6% no montante de recursos financeiros do SUS para a aquisição de medicamentos^(17,26,29). Este fato corrobora o restante do financiamento da saúde, considerando a descentralização do financiamento público aos estados e municípios, e destaca o aumento de 4,4% da participação estatal na aquisição de medicamentos.

Outra forma de investimento público na assistência farmacêutica deu-se com a criação do Programa Farmácia Popular do Brasil, condicionado ao desembolso direto pelos cidadãos de parte dos custos de fornecimento de medicamentos. Os medicamentos da Farmácia Popular são dispensados a preço de custo, em uma rede própria de farmácias ou em farmácias e drogarias parceiras da rede privada. Esse mecanismo prevê que o governo federal pode subsidiar até 90% do preço do medicamento, de forma que o cidadão complementa a diferença desse valor⁽²⁷⁾, mantendo o vínculo com o setor privado e com o mercado da indústria farmacêutica.

Entre 2005 e 2009 houve aumento de 20,6 vezes no valor alocado pelo Ministério da Saúde ao Programa Farmácia Popular, passando de 21,2 milhões de reais para 437,8 milhões. No caso dos recursos destinados à estruturação de serviços farmacêuticos públicos, o crescimento foi mais modesto, uma vez que aumentou em 41,6%, passando de 7,1 milhões de reais, mantidos constantes entre 2005 e 2009, para 10,1 milhões de reais em 2009⁽²⁹⁾. Pode-se inferir que, de certa forma, ocorre o financiamento da indústria farmacêutica pelo sistema público de saúde, ao passo que o SUS não investe em laboratórios próprios, destacando a conjuntura do mercado econômico atual.

Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde publicou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) para a rede ambulatorial e a hospitalar. Essa política prevê a assistência farmacêutica, em âmbito ambulatorial, quase que exclusivamente exercida por instituições públicas

estatais vinculadas às secretarias de saúde estaduais e municipais. Por outro lado, no âmbito hospitalar, a política prevê uma assistência farmacêutica exercida principalmente por instituições privadas prestadoras de serviços ao SUS⁽²⁷⁾.

Apesar de muitos aspectos da política farmacêutica carecerem de melhoria, alguns avanços ocorreram, destacando-se a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Nela está definida a quantidade de fármacos e apresentações farmacêuticas a serem adquiridas pelo Ministério da Saúde, pelos estados e municípios, relativamente ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica⁽³⁴⁾.

Destaca-se o elevado dispêndio do setor público com medicamentos, o que acaba comprometendo parte considerável do investimento destinado ao setor saúde, caracteriza um financiamento público indireto da indústria farmacêutica e fortalece o modelo biomédico de assistência à saúde.

Considerações finais

A amostra estudada evidencia os desafios enfrentados para a consolidação do SUS e as estratégias de financiamento que surgiram desde sua criação. Apontou a necessidade de estudos que discutam o financiamento no SUS sob a perspectiva dos blocos de financiamento previstos na Portaria n. 204, de 2007, considerando que a maioria das discussões dos artigos selecionados neste estudo ficou em torno da EC 29, atualmente Lei n. 141/2012. Apenas um artigo citou os blocos de financiamento, apresentando uma lacuna no conhecimento e carecendo ser melhor explorado.

Apesar do fortalecimento da APS nos últimos anos, com aumento do repasse de recursos destinados a esse nível de atenção, ainda não se evidencia o seu reconhecimento como ordenadora da rede de atenção à saúde. Além da APS, as atenções secundária e terciária também são subfinanciadas e o setor privado lidera esta fatia do mercado, o que se reflete na necessidade de uma gestão que responda às perspectivas de um sistema único de saúde. A assistência farmacêutica,

por sua vez, representa um grande ônus para o SUS, uma vez que se mostra responsável por boa parte dos recursos destinados ao setor saúde.

Diante do exposto, cabe refletir sobre os avanços e impasses no financiamento em saúde ao longo dos anos, ressaltando o modelo econômico presente no país desde a criação do SUS e o modelo hegemônico de atenção à saúde que acaba resultando em uma mercantilização da saúde e, conseqüentemente, na necessidade de maiores investimentos.

Contribuições individuais de cada autor(a) na elaboração do manuscrito:

Cintia Koerich, Laila Crespo Drago, Thayse Aparecida Palhano Melo participaram da concepção e projeto, análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

Selma Regina Andrade e Alacoque Lorenzini Erdmann participaram da revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e da aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). SUS: avanços e desafios. Brasília (DF); 2006.
2. Portaria n. 204/GM, de 29 de janeiro de 2007 (BR). Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 29 jan 2007; Seção 1: 45.
3. Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000 (BR). 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 (DF), 14 set 2000; Seção 1: 1.
4. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012 (BR). 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 esferas de governo; revoga dispositivos das Leis 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 (DF), 16 jan 2012; Seção 1: 1.
5. Portaria n. 837, de 23 de abril de 2009 (BR). Altera e acrescenta dispositivos à Portaria n. 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 24 abr 2009; Seção 1: 1.
 6. Lorenzetti J, Lanzoni GMM, Assuiti LFC, Pires DEP, Ramos FRS. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto contexto enferm.* 2014;23(2):417-25.
 7. Cassiani SHB, Bassalobre-Garcia A, Reveiz L. Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde: identificação de prioridades de pesquisa em enfermagem na América Latina. *Rev latino-am enferm.* 2015;23(6):1195-208.
 8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto enferm.* 2008;14(4):758-64.
 9. França JRM, Costa NR. A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004. *Ciênc saúde coletiva.* 2011;16(1):241-57.
 10. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc saúde coletiva.* 2011;16(6):2753-62.
 11. Silva CLS, Rotta CV. O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil. *T & C.* 2012;11(2):333-45.
 12. Vazquez DA. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(6):1201-12.
 13. Mendes A, Marques RM. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciênc saúde coletiva.* 2009;14(3):841-50.
 14. Leite VR, Lima KC, Vasconcelos CM. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. *Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(7):1849-56.
 15. Rosa MRR, Coelho TCB. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? *Ciênc saúde coletiva.* 2011;16(3):1863-73.
 16. Gerschman S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Europeia e Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2008;13(5):1441-51.
 17. Pinheiro Filho FP, Sarti FM. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(11):2981-90.
 18. Caetano R, Vianna CMM, Sampaio MMA, Silva RM, Rodrigues RRD. Análise dos investimentos do Ministério da Saúde em pesquisa e desenvolvimento do período 2000-2002: uma linha de base para avaliações futuras a partir da implementação da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2010;14(4):2039-50.
 19. Ferraz F, Backes VMS, Mercado-Martinez FJ, Feuerwerker LCM, Lino MM. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. *Ciênc saúde coletiva.* 2013;18(6):1683-93.
 20. Ribeiro JM. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. *Ciênc saúde coletiva.* 2009;14(3):771-82.
 21. Silva SF, Martelli PJJ, Sá DA, Cabral AP, Pimentel FC, Monteiro IS, et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. *Ciênc saúde coletiva.* 2011;16(1):211-20.
 22. Portela GZ, Ribeiro JM. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. *Ciênc saúde coletiva.* 2011;16(3):1719-32.
 23. Ferreira MP, Pitta MT. Avaliação da eficiência técnica na utilização dos recursos do sistema único de saúde na produção ambulatorial. *São Paulo perspec.* 2008;22(2):55-71.
 24. Marinho MGS, Cesse EAP, Bezerra AFB, Sousa IMC, Fontbonne A, Carvalho EF. Análise de custos da assistência à saúde aos portadores de diabetes melito e hipertensão arterial em uma unidade de saúde pública de referência em Recife – Brasil. *Arq bras endocrinol metab.* 2011;55(6):406-11.
 25. Cavassini ACM, Lima SAM, Calderon IMP, Rudge MVC. Custo da assistência de gestantes e parturientes diabéticas e com hiperglicemia leve. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(2):334-43.

26. Vieira FS, Zucchi P. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(5):906-13.
27. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2010;27(2):149-56.
28. Brandão CMR, Guerra Júnior AA, Cherchiglia ML, Andrade ELG, Almeida AM, Silva GD, et al. Gastos do Ministério da Saúde do Brasil com medicamentos de alto custo: uma análise centrada no paciente. *Value health*. 2011;14(5):71-7.
29. Vieira FS, Zucchi P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Saude soc*. 2013;22(1):73-84.
30. Ministério da Saúde (BR). Norma Operacional Básica – NOB, 1996. Dispõe sobre orientações operacionais propriamente ditas, explícita e dá consequência prática, em sua totalidade, aos princípios e às diretrizes do Sistema, consubstanciados na Constituição Federal e nas Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 6 nov 1996; seção 1: 48.
31. Ministério da Saúde (BR). Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, 2001. Dispõe sobre atualização da regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do SUS. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 26 jan 2001; Seção 1: 15.
32. Ministério da Saúde (BR). Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, 2002. Dispõe sobre o comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 27 fev 2002; Seção 1: 42.
33. Gomes DM, Avelino CCV, Nogueira DA, Sá MD, Goyatá SLT. Avaliação da produção e cobertura assistencial em saúde. *Rev baiana enferm*. 2015;29(4):382-90.
34. Portaria n. 1.555, de 30 de julho de 2013 (BR). Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 30 jul 2013; Seção 1:71.

Artigo apresentado em: 21/3/2016

Aprovado em: 20/6/2016

Versão final apresentada em: 5/7/2016

Data de publicação: 26/8/2016