

# JNT-FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL - ISSN: 2526-4281 QUALIS B1



## **DESAFIOS DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

### **CHALLENGES OF FINANCING THE SINGLE HEALTH SYSTEM: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW**

**Lucas Moura dos Santos MOREIRA**  
Universidade Federal do Tocantins UFT  
E-mail: [lms\\_moreira@hotmail.com](mailto:lms_moreira@hotmail.com)

**José Gerley Diaz CASTRO**  
Universidade Federal do Tocantins UFT  
E-mail: [diazcastro@mail.uft.edu.br](mailto:diazcastro@mail.uft.edu.br)

**Sandra Maria Botelho PINHEIRO**  
Universidade Federal do Tocantins UFT  
E-mail: [sandrabetelho@uft.edu.br](mailto:sandrabetelho@uft.edu.br)

**Richardson Gabriel da Silva LOURENÇO**  
Universidade Federal do Tocantins UFT  
E-mail: [lourencorichardson.rlo@gmail.com](mailto:lourencorichardson.rlo@gmail.com)



## RESUMO

Objetivo: analisar os desafios do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) através de uma revisão integrativa de literatura. Em um país cheio de necessidades e que possui dimensões continentais como o Brasil, consolidar um sistema que afeta diretamente a vida de milhões de pessoas não é tarefa das mais fáceis para gestores e população em geral. Materiais e método: Esta pesquisa foi através da revisão integrativa da literatura, utilizando os buscadores: “MedLine, Scielo, Pubmed e Science Direct”. Revisão de Literatura: Foram selecionados 19 artigos na temática que foram detalhadamente analisados e 10 publicações online que serviram como base de complementação contextual. Verificou-se que os gastos em saúde, sempre inferiores na proporção do Produto Interno Bruto (PIB) de outros países, vêm decaindo com o decorrer dos anos. Conclusão: Os gastos e parcerias com o setor privado ficaram expostos em alguns artigos, e várias foram as evidências que esses valores têm sido cada vez mais subtraídos em vistas da crise financeira que assola o país. Apesar da sua variedade, os incentivos financeiros não obedecem aos critérios definidos na organização da oferta da rede de serviços. Após a análise dos artigos evidencia-se que é necessária a busca por soluções para derrubar o modelo hegemônico de atenção à saúde que resulta em uma mercantilização da saúde, evidenciando a necessidade de novos investimentos na saúde pública.

77

**Palavras chaves:** Saúde Pública. Brasil. Financiamento. Investimentos. SUS.

## ABSTRACT

Objective: To analyze the challenges of financing the Unified Health System (SUS) through an integrative literature review. In a country full of opportunities and with continental dimensions like Brazil, consolidating a system that affects the lives of millions of people is not the easiest task for managers and the general population. Materials and Method: This research was used for integrative review of the literature, using the search engines: "MedLine, Scielo, Pubmed and Science Direct.". Literature Review: We selected 19 articles in existence that were detailed and 10 on-line publications that served as a basis for contextual complementation. It was verified that health expenditures, always reported in the Gross Domestic Product (GDP) version of other countries, have been decreasing with the course years. Conclusion: Spending and partnerships with the private sector were exposed in some articles, and these were the ones where the main indicators were diverted more and more from the prospects of the financial crisis that plagues the country. Despite their repercussions, financial support is not compulsory and corresponds to the provision of services. After an analysis of the data evidencing the need for a search for solutions for the

hegemonic treatment of health care that results in a commercialization of health, evidencing the need for new public health care.

**Keywords:** Public Health; Brazil; Financing; Investments; SUS.

## INTRODUÇÃO

Desde a redemocratização e a constituição do Brasil de 1988, o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) se tornou uma das políticas públicas mais importantes das últimas três décadas, por garantir direitos e garantir o atendimento universal e integral à saúde de todos os cidadãos brasileiros<sup>1</sup>. De acordo com a constituição, é dever da União, estados e municípios garantirem o financiamento adequado para manutenção e investimentos na saúde em todas essas esferas<sup>1</sup>. Porém, em um país cheio de necessidades e que possui dimensões continentais como o Brasil, consolidar um sistema que afeta diretamente a vida de milhões de pessoas não é tarefa das mais fáceis para gestores e população em geral.

Ao longo dos anos, vários dispositivos foram criados para atender as demandas existentes no tocante ao financiamento do sistema. Entre elas, podemos destacar a Emenda Constitucional nº 29 de 2000 que foi mais adiante regulamentada pela Lei Complementar n. nº 141 de 2012, a qual define os recursos mínimos que devem ser disponíveis para investimento e custeio em todas as esferas de governo anualmente (Quadro 1), em ações e serviços públicos de saúde, seus critérios e modelos de avaliação e fiscalização dos valores aplicados<sup>2,3</sup>.

**Quadro 1.** Valores mínimos para financiamento de cada esfera de governo<sup>4</sup>.

MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO					
		Desde 2000	Desde 2000	De 2000 a 2015	A partir de 2015		2017
EC 29/2000	EC 29/2000	EC 29/2000	EC 86/2015		EC 95/2016		EC 95/2016
15%	12%	Valor empenhado no ano anterior + variação do PIB	Ano <u>2016</u>	Base RCL <u>13,20%</u>	Ano 2017	Base RCL 15,00%	Base: gasto ano anterior
Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados		<u>2017</u>	<u>13,70%</u>	-	-	Valor gasto no ano anterior + IPCA
			<u>2018</u>	<u>14,10%</u>	-	-	
			<u>2019</u>	<u>14,50%</u>	-	-	
			<u>2020</u>	<u>15,00%</u>	-	-	

Com o advento da Lei 141/2012, vários dispositivos foram implantados na tentativa de organizar a maneira como o financiamento e transferência de recursos deveriam ser dispostos, com vistas à realização dos serviços e ações de saúde tanto quanto se acesso<sup>3,5</sup>. Os blocos de financiamento foram originalmente organizados para facilitar a aplicação desses recursos, bem como o seu controle, divididos entre investimento e custeio<sup>5</sup>.

Em dezembro de 2017, uma nova portaria (3.992/2017) altera a portaria 204/2007 dividindo o financiamento em apenas dois blocos: custeio e investimento. Então, a partir de janeiro de 2018, os recursos oriundos do Ministério da Saúde, destinados a cobrir as despesas de ações e serviços públicos de saúde foram divididos dessa forma<sup>6</sup>: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento das Ações e Serviços Públicos de Saúde. Com isso, houve uma maior flexibilização na aplicação desses recursos, sendo obrigado apenas aos municípios investir os recursos de acordo com seus Planos Municipais de Saúde<sup>7</sup>.

Contudo, mesmo com toda a regulamentação existente e com a criação de vários instrumentos de gestão para nortear esses gastos, ainda assim é difícil garantir que todos esses recursos sejam aplicados totalmente, ainda que os órgãos de controle realizem o seu papel, devido aos mais variados obstáculos administrativos<sup>8</sup>. Além disso, as negociações políticas, bem como uma distribuição não democrática desses recursos por parte das emendas parlamentares e a malversação do dinheiro público, dificultam que esses serviços sejam efetivamente executados<sup>8</sup>. A carência de produção científica e o acesso a ela, tornam ainda mais difícil o papel do Controle Social, sobre os mesmos<sup>8</sup>.

No Brasil, na formação em saúde ainda existem muitos entraves e dificuldades, no sentido de entender as orientações políticas do setor saúde, principalmente na implementação do SUS e na análise das necessidades e problemas, destacando-se os aspectos relacionados à gestão financeira<sup>9</sup>. Por isso, os profissionais de saúde, bem como a população de um modo geral, devem apropriar-se da forma de repasse financeiro do SUS, suas necessidades e critérios de investimento, a fim de fomentar a discussão sobre o tema ajudando assim a sociedade como um todo na aplicação desses recursos, trazendo melhorias para o setor saúde. Finalmente, esse estudo se orientou seguindo o seguinte questionamento: Como o financiamento em saúde está apresentado na literatura e como é descrito nos variados blocos financeiros<sup>10</sup>.

Este estudo visa conhecer e analisar a produção científica sobre o financiamento do SUS e sua aplicação nos mais variados ramos de ação sanitária. Tem como objetivo ainda, identificar os tipos de estudos, concentração regional de publicações e sua relação com os blocos de financiamento. Visto que há uma necessidade de ampliação do escopo de conhecimento sobre investimentos e custeio em saúde pública, bem como sua origem,

formas de repasse e monitoramento e avaliação, que influenciam de maneira direta na prática profissional diária e no sistema gerencial dos entes federativos.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método de pesquisa que permite a síntese de diversos estudos publicados e possibilita chegar a conclusões a respeito de uma particular área de estudo<sup>11</sup>.

A seleção dos artigos baseou-se na seguinte questão norteadora: Como o financiamento em saúde está apresentado na literatura e como é descrito nos variados blocos financeiros?

Na seleção dos artigos, foram analisados todos segundo o critério de inclusão estabelecido: artigos originais, que fossem publicados de 2007 a 2019 (considerando-se a publicação da portaria n° 204 do Ministério da Saúde em 2007 que especificou os blocos de financiamento), artigos em português e com texto completo disponível.

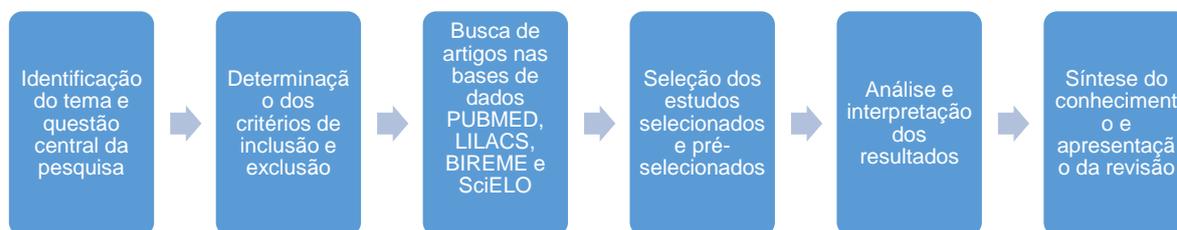
Os critérios de exclusão escolhidos foram: artigos de revisão, reflexão, relatos de experiências, teses, dissertações, monografias, que não contextualizassem dados informativos a temática deste estudo, ou seja os desafios do financiamento do Sistema Único de Saúde e artigos repetidos encontrados nas bases de dados já pesquisadas.

A pesquisa foi realizada entre os meses de maio e junho de 2019, nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a busca foram utilizados os seguintes descritores “Financiamento da Assistência à Saúde” AND “Sistema Único de Saúde”.

Foram identificados 189 artigos, destes, 27 foram selecionados para análise, a partir da leitura do título e resumo, e após critério de exclusão, 10 publicações online serviram como base de complementação contextual e outros 17 artigos foram detalhadamente analisados. Destes artigos, 5 foram publicados na Revista Ciência e Saúde Coletiva. Todos os artigos eram nacionais e analisaram o financiamento do SUS em nível nacional, 5 deles no estado de São Paulo e 10 no Rio de Janeiro. Outros dois estados produziram artigos neste sentido (2 em Pernambuco e 1 no Paraná) e o último artigo analisado publicado em Brasília – DF. Em relação ao local de produção, a maioria (15 artigos) foram publicados no Sudeste do país, 2 no Nordeste e 1 no Sul.

Em seguida, foi feita a exploração dos artigos selecionados, sendo analisados de acordo com a com a pergunta da pesquisa e nos critérios de inclusão e exclusão definidos anteriormente. Em relação a interpretação desses artigos, os mesmos foram lidos de maneira criteriosa, seguida feita uma revisão. Os artigos foram tabelados levando em consideração a base de dados, o periódico publicado, o título do artigo, autor, ano e local em que foram produzidos. Por último, foi produzido um resumo do conhecimento e análise

dos dados de cada artigo, considerando o contexto histórico e dos blocos de financiamento (Atenção Básica, Vigilância em Saúde e Média/Alta Complexidade), traçando a trajetória dos recursos e posterior aplicação nas mais variadas áreas de atuação do sistema. A análise dos dados foi segundo um esquema apresentado nas revisões integrativas (figura 1)<sup>11</sup>.



**Figura 1.** Detalhamento utilizado para revisão integrativa nesta pesquisa

Os dados coletados foram digitados em planilhas do Microsoft Word, na qual foram selecionadas as seguintes informações dos periódicos: Base, periódico, título, autor e ano e local, seguindo-se os critérios da revisão integrativa para abordagem contextual e discussão.

## REVISÃO DE LITERATURA

Não é possível afirmar que os estados que não tiveram produções identificadas, a pesquisa e estudos não vêm sendo realizados acerca do financiamento do SUS e estudos derivados. O que pode se afirmar é que não foram identificadas, nas bases de dados e considerando os termos pesquisados, produção científica publicada. A Revisão literária levou em consideração o assunto que cada artigo carregava, trazendo uma noção dos problemas e desafios que o Sistema Único de Saúde apresenta, correlacionando cada autor segundo a sua pesquisa mantendo a integridade dos artigos que compuseram essa revisão de acordo com os princípios éticos de pesquisa.

### Financiamento na Gestão do SUS

Antes do advento de um Sistema Único de Saúde, a situação do Brasil em termos de acesso a serviços de saúde, era bem diversa<sup>12</sup>. O acesso a esses serviços só era possível por meio de três vias: o INAMPS que era uma forma híbrida de atendimento particular, sistemas de saúde para trabalhadores sindicalizados e pelas casas de misericórdia/hospitais escolas, que era a única forma gratuita de atendimento<sup>12</sup>. Uma pequena parcela da população era atendida por meio das duas primeiras vias, enquanto quase 80% da população era atendida pelas Santas Casas e Hospitais Escolas. O SUS nasceu com o intuito de diminuir essas desigualdades buscando promover o bem estar e melhoria na

qualidade de vida da população. No entanto, essa abertura no acesso não foi acompanhada pelo crescimento de sistemas que pudessem garantir esse acesso ao usuário<sup>12</sup>.

Com a responsabilização das esferas federativas (União, Estados e Municípios) tentou-se trazer mais autonomia e descentralização da assistência<sup>13</sup>. No entanto, essa organização tornou-se complexa porque os entes não apresentam relação de hierarquia entre si<sup>13</sup>. Os municípios que deveriam ser agentes de implementação de serviços de saúde, tornaram-se atores principais desse sistema<sup>13</sup>. Ao invés de dos entes se diferenciarem quanto a responsabilidades, não há descentralização à nível municipal, sobrecarregando o orçamento destes municípios<sup>13</sup>.

A disposição do território brasileiro dificulta essa lógica, uma vez que temos dimensões continentais, e que possui na sua maioria, municípios de pequeno porte, quase 80% das cidades brasileiras tem menos de 30 mil habitantes<sup>13</sup>. Somados aos municípios de até 100 mil habitantes, temos então 45% da população brasileira vivendo nas pequenas cidades<sup>13</sup>. Para agravar a situação, apenas 25% dos médicos do país se encontravam nesses municípios<sup>13</sup>. Esses municípios pequenos, em sua maioria, dependem quase exclusivamente dos repasses do Governo Federal. Em 2015, os mesmos gastaram em média 22% de seu orçamento próprio, valores acima do que a Constituição define<sup>13</sup>.

Em relação ao financiamento do Governo Federal, a Emenda Constitucional 95 (EC-95) que limita os gastos públicos nos próximos 20 anos, tem gerado um aumento nos índices de mortalidade infantil e óbitos evitáveis em crianças de 1 a 5 anos de idade<sup>14</sup>. Nesse aspecto, o movimento sanitário brasileiro tem obtido derrotas no âmbito legislativo na tentativa de ampliar a participação do Ministério da Saúde no financiamento dos serviços de saúde nas cidades, vide a aprovação de porcentagens da Receita Corrente Líquida (EC 85/2015); a aprovação de capital estrangeiro no financiamento do SUS (Lei 13.097/2015); e o incentivo para se ampliar o consumo de planos de saúde coletivos por parte das operadoras dos planos (PEC 451/2014)<sup>15</sup>.

Mesmo com as tentativas de ampliação do financiamento (EC-29), aumentando os gastos com o SUS de 2,89 do PIB em 2000, para 3,9% em 2012, ainda assim, não foi suficiente para garantir acesso universal e integral à população<sup>16</sup>. Soma-se a isso o aumento da expectativa de vida da população, mais os gastos em tecnologias avançadas em saúde, a gestão dos recursos financeiros tornou-se quase impossível para gestores das três esferas<sup>16</sup>.

Mesmo com esse cenário caótico, os Movimentos da Reforma Sanitária, junto com várias esferas da sociedade, conceberam um Projeto de Iniciativa Popular, popularmente chamado de *Saúde +10*, projeto este que tramita no congresso desde 2013, propondo que os recursos destinados à saúde ampliem, principalmente por parte da União, para 10% da sua Receita Corrente Bruta (RCB)<sup>16</sup>. Mesmo com a importância do projeto, e a

sobrevivência do SUS depende principalmente dele, tem-se consciência que não se resolve totalmente a questão do subfinanciamento da saúde pública<sup>16</sup>. A crise financeira do país e o crescimento em menos de 1% do PIB brasileiro, colocam em xeque qualquer tentativa de aumentar esse financiamento por parte do Ministério da Saúde<sup>16</sup>.

### **Regionalização como Contraponto na Distribuição de Recursos**

Para se sair desse impasse de fracionamento das ações e serviços em saúde, isolamento por parte dos municípios e centralização federal programática, as regiões de saúde tornam-se modelos eficazes na distribuição democrática de recursos financeiros e organização de necessidades e serviços em comum<sup>17</sup>. É por meio dela que os serviços, ora fracionados em rede, poderão ser integrados, unindo municípios de acordo com seus interesses, trabalhando de forma sistêmica com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, não perdendo o princípio da descentralização que é garantido pela Constituição<sup>17</sup>.

Esse processo deve ser capaz de resolver quase na totalidade os problemas de saúde da população a qual a região abrange, uma vez que a maioria deles é comum entre os municípios, devendo a região trabalhar de forma que as redes de atenção a saúde atendam na integralidade de forma sistêmica e resolutiva, sendo a região de saúde o centro integrador das referências dos mais diversos entes federativos<sup>17</sup>.

O maior questionamento é como a soma articulada das peculiaridades individuais de cada município geraria uma unidade regional equitativa? Hoje os espaços de deliberação interfederativas como as Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e Comissões Intergestoras Bipartite (CIB), já promovem subsídios para essa regionalização, agregando componentes de cooperação entre municípios e até de outras regiões de saúde<sup>19</sup>. Mesmo assim, com esses esforços, a integração em rede por parte dos gestores municipais, ainda é baixa em nosso país<sup>17</sup>.

### **Privatização da Saúde**

Em tempos de estagnação econômica, com o número cada vez mais baixo de postos de trabalho formais e consequente desvalorização real dos salários, o valor dos planos privados de saúde e ressignificado<sup>18</sup>. Uma vez que cada vez mais o acesso ao que é público é privado para as camadas mais pobres, tem-se como saída a busca pelo atendimento privado e consequente parceria desses dois entes<sup>18</sup>. A falta de profissionais em várias especialidades e a busca por mecanismos de gestão que facilitam a empregabilidade dos recursos, fazem com que cada vez mais o SUS dependa de órgãos e organizações que nada tem a ver com o público<sup>18</sup>.

O número de cadastros de hospitais privados e a enxurrada de OS e Ocips controlando os hospitais, unidades de pronto atendimento e ambulatórios, demonstram a ineficácia da gestão dos recursos por parte dos gestores, hora por falta de planejamento estratégico, hora por falta de conhecimento técnico e manejo financeiro<sup>19</sup>. Antes do SUS, em 1981, os recursos públicos financiavam 68% dos atendimentos de saúde e 75% das internações, quanto que em 2003, os recursos destinados á saúde caíram para 56% e as internações diminuíram em 67%<sup>20</sup>. Os sistemas de informação registram queda cada vez mais acentuada do emprego desses recursos no âmbito da saúde pública<sup>21</sup>.

### **Os Impasses e Desafios do SUS**

Vários foram os instrumentos criados na tentativa de alocar recursos nas áreas mais vulneráveis da saúde pública<sup>22</sup>. No final do ano 2000, várias políticas de incentivos foram criadas por parte do Ministério da Saúde. O PAB variável, e a criação das Equipes de Saúde da Família (ESF), fizeram com que houvesse um gradual e considerável aumento no volume de recursos por parte do Governo Federal, principalmente na Atenção Básica<sup>22</sup>. A criação de impostos como a CPMF, embora extinta, foram fontes alternativas de recursos financeiros, não alcançando o objetivo inicial de ser um aditivo ao orçamento anual e não o próprio orçamento da saúde<sup>23</sup>. Os gastos em saúde, sempre inferiores na proporção do PIB de outros países, vêm decaindo com o decorrer dos anos, correspondendo a 7,3% em 2011<sup>24</sup>.

Ainda que houvesse avanços na automaticidade no processo de transferências “fundo a fundo” as mesmas parecem “negociadas”, uma vez que há especificidade no processo decisório do envio desses recursos e da regulamentação desses repasses, dessa forma, favorece os municípios que desenvolvem os mais variados programas<sup>25</sup>. Nesse sentido, o instrumento de repasse fundo a fundo se torna apenas um instrumento contábil, reduzindo os fundos municipais a meros receptores de recursos<sup>25</sup>. Apesar da sua variedade, os incentivos financeiros não obedecem aos critérios definidos na organização da oferta da rede de serviços<sup>26</sup>. Até mesmo a aplicabilidade de metodologias voltadas para orientar a distribuição geográfica de recursos, se mostra inviável frente a incomparável ingerência dos entes na disponibilização dos mesmos<sup>26</sup>.

Por fim, para superarmos os impasses, precisamos sim aumentar os recursos, no entanto é preciso rever o formato jurídico administrativo dos órgãos de gestão, superar a barreira da fragmentação organizacional, assim como as práticas clínica e de trabalho dos envolvidos em todas as esferas de atenção e principalmente descobrir o que tem impedido os entes federativos de unir esforços em prol de uma ação comum<sup>27</sup>.

## CONCLUSÃO

A amostra que foi estudada nos mostra os desafios na consolidação do SUS e suas estratégias de financiamento de maneira evidente. Foi apontada ainda a necessidade de mais estudos que discutam o financiamento do SUS pela ótica dos blocos de financiamento considerando que a maioria dos artigos tinham em suas discussões os entraves das portarias e emendas parlamentares que regulam a distribuição de recursos principalmente para os municípios. Os gastos e parcerias com o setor privado ficaram expostos em alguns artigos, e várias foram as evidências que esses valores têm sido cada vez mais subtraídos em vistas da crise financeira que assola o país.

Diante do exposto, devemos refletir sobre onde temos avançado e quais são os impasses que não nos permitem avançar como sistema, procurando soluções para derrubar o modelo hegemônico de atenção à saúde que resulta em uma mercantilização da saúde, evidenciando a necessidade de novos investimentos na saúde pública.

## REFERÊNCIAS

1. CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). SUS: avanços e desafios. 1ª edição, Brasília (DF). 2006; 164p.
2. BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de Setembro de 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm)>. Acesso em: 04 Jul 2019.
3. BRASIL. Lei Complementar nº 141, De 13 de Janeiro De 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 04 Jul 2019.
4. CONASEM. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (BR). Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/01/nota-tecnica-prt%203992.pdf>>. Acesso em: 02 Jul 2019.
5. BRASIL. Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837\\_23\\_04\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html)>. Acesso em: 04 Jul 2019.
6. BRASIL. Portaria n 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html)> Acesso em: 06 Jul 2019.
7. BRASIL. Fundação Nacional De Saúde (FNS). Considerações sobre a Portaria 3.992, de 28/12/2017, que trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde. Disponível em: <<http://portal-fns.saude.gov.br/slideshow/1898-consideracoes-sobre-a-portaria-3-992-de-28-12-2017-que-trata-do-financiamento-e-da-transferencia-dos-recursos-federais-para-as-acoes-eos-servicos-publicos-de-saude>>. Acesso em: 30 Jun 2019.

8. Ferreira RN, Oliveira AS, Teixeira EA. A importância do controle social na gestão dos recursos públicos. SEGET – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. 2019. Disponível em: <<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos16/21324209.pdf>>. Acesso em: 10 Jul 2019.
9. Pereira EMB. Análise dos principais desafios e entraves para a cooperação técnica internacional em saúde Brasil-Moçambique. Ciênc & Saúde Colet. 2017; 22(7): 2267-76.
10. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc & Saúde Colet. 2017; 8(2): 569-84.
11. 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; 17(4): 758-64.
12. Saldiva PHN, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. Rev Estud Av. 2018; 32(92): 47-61.
13. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. Saúde Soc. 2017; 26(2): 329-35.
14. Reis AAC. Que sera de Brasil y del SUS?. Reciis – Rev Eletron ComunInov Saúde. 2018; 12(2): 119-24.
15. Rizzotto MLF, Campos GWS. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. Saúde Soc. 2016; 25(2): 263-76.
16. Mendes A. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo?. Saúde Soc. 2015; 24(1.1): 66-81.
17. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. Saúde Soc. 2015; 24(2): 438-46.
18. Araújo IMM. Direito à Saúde: aspectos do modelo neodesenvolvimentista brasileiro e da privatização da saúde. R Dir sanit. 2015; 16(1): 128-145.
19. Ribeiro JM. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. Ciênc & Saúde Colet. 2009; 14(3): 771-82.
20. Paim J, Bahia L, Fleury S. Desafios e perspectivas para o SUS, 2018. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/desafios-e-perspectivas-para-o-sus>>. Acesso em: 07 Jul 2019.
21. Medeiros KR, Albuquerque PC, Diniz GTN, Alencar FL, Tavares RAW. Bases de dados orçamentários e qualidade da informação: uma avaliação do Finanças do Brasil (Finbra) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). Rev Adm Pública. 2014; 48(5): 1113-33.
22. Kornis GEM, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. Physis. 2011; 21(1): 197-215.

23. Mendes A, Marques RM. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciênc & Saúde Colet.* 2009; 14(3): 841-850, 2009.
24. Mendes A. Direito à saúde universal Brasileira. *R. Dir. sanit.* 2013;14(2): 113-8.
25. Lima LD. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Ciênc & Saúde Colet.* 2007; 12(2): 511-22.
26. Dain S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciênc & Saúde Colet.* 2007; 12:1851-64.
27. Coelho IB. Os impasses do SUS. *Ciênc & Saúde Colet.* 2007; 12(2):307-17.