



ACESSO AOS RECURSOS DO SUS PELOS SETORES PRIVADOS E FILANTRÓPICOS DA SAÚDE POR MEIO DA COMPLEMENTARIDADE DOS SERVIÇOS

Aricia Furlanetto dos Passos

Tania Regina Krüger

Resumo

Este texto tem por objetivo apresentar uma sistematização das formas de acesso aos recursos do SUS por meio da complementaridade dos serviços privados e filantrópicos da saúde prevista no artigo 199 da Constituição. O texto evidencia o quanto de recursos públicos é destinado ao setor privado por meio de contratos, renúncia fiscal, subsídio e o não ressarcimento dos planos privados ao SUS.

Palavras Chaves: Sistema Único de Saúde, complementaridade do SUS pelo setor privado e filantrópico, recurso público para o setor privado e filantrópico

ABSTRACT

This text aims to present a systematization of the forms of access to the resources of the SUS through the complementarity of private and philanthropic health under Article 199 of the Constitution. The text shows how public resources are allocated to the private sector through contracts, tax waiver, subsidies and non-refund of private plans to SUS.

Keywords: Unified Health System (SUS), Complementarity of the SUS by the private sector and philanthropic, public resource to the private sector and philanthropic.

Introdução

O objetivo deste texto é sistematizar as formas de acesso aos recursos públicos do SUS por meio da complementaridade dos serviços privados e filantrópicos, conforme o previsto no artigo 199 da Constituição. A Constituição brasileira em vários de seus artigos deixa claro o reconhecimento dos direitos humanos, civis, sociais e políticos. Particularmente no art. 193, que dispõe sobre a ordem social, está expresso que o objetivo é o bem estar social e a justiça social, deixando claro o caráter social – e não o neoliberal – dos direitos sociais reconhecidos. No caso da saúde, feito inédito na história brasileira ela foi reconhecida como direito de todos e obrigação do Estado, sendo de relevância pública seus serviços, pautados nas diretrizes da integralidade, descentralização e participação da comunidade, cabendo ao poder público regulamentar, controlar e fiscalizar o acesso aos serviços de saúde.

Este ganho histórico e civilizacional para a sociedade brasileira, que está expresso nos cinco artigos (196 a 200) da Constituição de 1988 que tratam de direito a saúde também expressa que o interesse público e coletivo está tensionado pelos interesses privados indicados nos artigos 197 e 199. Ou seja, permite o texto constitucional que a execução dos serviços de saúde pode ser realizada diretamente ou através de terceiros e também por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. A assistência é livre a iniciativa privada, podendo este setor participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fim lucrativo. Segundo Carvalho, Santos e Campos (2012) a existência de um poderoso mercado de serviços de saúde anterior ao SUS foi um dos fatores decisivos para acomodar os interesses privados da área da saúde na Constituição.

Nestes 25 anos de Sistema Único de Saúde a sua implementação foi extremamente tensionada pela forma com que o Estado brasileiro priorizou e organizou os serviços, mas, sobretudo pelo setor privado e filantrópico que possui interesse em ampliar seu mercado via os recursos privados dos usuários e via os recursos do fundo público.

Nos anos de 1990 o setor filantrópico e privado acessaram os recursos públicos mediante contratos e convênios previsto no art. 199. O acesso ao fundo público pelo setor privado não se limitou a estes contratos e convênios, mas também por meio de renúncia fiscal do Imposto de Renda das pessoas físicas e jurídicas, do não pagamento de encargos sociais patronais das instituições filantrópicas, do subsídio aos planos privados de saúde dos servidores públicos nas três esferas de governo, da isenção dos impostos de importação de equipamento médico hospitalar para o setor filantrópico, o não ressarcimento ao SUS pelos planos privados quando seus *clientes* são atendidos pelo SUS previsto na Lei

9656/1998, os subsídios a rede privadas de farmácias para comercializarem os medicamentos do programa Farmácia Popular.

O eixo fundamental para debate nesse momento é no artigo 199 da Constituição, na qual consta que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, podendo participar do Sistema Único de Saúde de forma complementar. É a partir desse artigo, que surge um espaço privilegiado para a iniciativa privada, se envolver no setor público. O que se coloca em questão é de que forma o Estado cumpra seu dever, se o privado pode ter seu envolvimento como complementar? Para Silva (2005, p.768) a Constituição obriga que o Estado preste os serviços de saúde, pela administração pública direta ou por suas entidades da administração pública indireta. Dessa forma podemos identificar as contradições sobre a natureza das instituições que prestarão serviços de saúde que estão posta na Constituição Federal de 1988 e na regulamentação do SUS.

A Lei Orgânica da Saúde nº8080/1990 (Brasil, 1990) art. 4º, §2º reafirma que a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS) em caráter complementar. O art. 24. indica que quando as disponibilidades do SUS forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Ainda em seu Parágrafo Único a lei expressa que a participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de Direito Público, em caráter complementar. Este artigo é categórico ao situar que a participação das instituições privadas no SUS depende do contrato ou convênio observado nas normas do Direito Público.

E esta característica de prestação de serviços complementares:

É o que se pode chamar de privatização por fora do SUS, isto é, o sistema privado externo ao SUS, que fatura nas mensalidades dos consumidores e nas subvenções públicas, e que falsamente proclama que alivia o SUS. (SANTOS, 2013, p.276).

Na sequência deste texto procuraremos problematizar com apresentação de exemplos e indicadores como o setor privado está se apropriando de recursos públicos do SUS. Mesmo sabendo que estas modalidades se entrecruzam e sobrepõem dividimos esta sistematização nos seguintes itens: contratos com o setor filantrópico e privado; renúncia fiscal, subsidio e subvenções; co-financiamento dos planos privados de saúde para os trabalhadores do setor publico; o não ressarcimento dos planos privados ao SUS e o Programa Farmácia Popular.

Contratos com o setor filantrópico e privado

A forma mais tradicional de se operacionalizar a complementariedade dos serviços de saúde, tem sido por meio de contrato e convênios com o setor filantrópico e privado. As entidades de saúde que detém título de filantropia contam com diversas isenções tributárias.

Mesmo quando mantêm planos próprios de saúde, comercializados no mercado, os hospitais filantrópicos, geralmente instituições de caráter religioso, mantêm a isenção. Segundo Santos (2013) por volta de 65% das internações e 92% dos serviços de diagnósticos e terapia do SUS são remunerados por produção dos serviços privados e filantrópicos contratados.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES, o Brasil conta com 3.594 hospitais filantrópicos, que representam um total de 44% de unidades hospitalares do SUS (8.539), disponibilizando mais de 123 mil leitos para o SUS – 34 % do total de leitos SUS existentes no país (359.705) (Brasil, 2013). No entanto, dos hospitais brasileiros os são filantrópicos representam cerca de 23% (BRASIL, 2010).

O que vemos é esse setor sendo amparado pelo o governo de diversas formas e a mais recente é “o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS (Portaria MS/GM N° 1.721, de 21 set. 2005) com o objetivo de buscar apoio para as dificuldades de gestão, organização e financiamento por que passam essas instituições brasileiras” (Brasil, 2013). O aporte de recursos públicos ao setor filantrópico não tem sido pequeno, por exemplo, os 648 hospitais que aderiram Programa, concluindo a etapa de contratualização em 2005, o acréscimo de recursos novos foi da ordem de R\$ 214.426.594,56 milhões/ano. (BRASIL, 2013).

Particularmente, cabe mostrar outro exemplo do quanto de recurso público é canalizado para o setor privado. Em Santa Catarina o privado que deveria ser apenas complementar, assume caráter principal nos gastos com procedimentos de diálise que no ano de 2006, foram mais de 35 milhões. Desse montante mais de 85% foram repassados às Unidades privadas que prestam serviços de diálise e que atenderam 84,60% dos pacientes em Terapia Renal Substitutiva. (NARDINO, 2007).

Renúncia fiscal, subsidio e subvenções

A renúncia fiscal, subsídios e subvenções também são uma forma de acesso dos recursos públicos, fortalecendo cada vez mais o sistema privado. É um dinheiro que o governo deixa de arrecadar e de investir na saúde pública, para assim abrir mercado para investidores no Brasil, através de arrecadação.

A renúncia fiscal refere-se à perda de recursos do orçamento federal como resultado da concessão de benefícios tributários, que não só reduzem a arrecadação potencial do país, dessa forma faz com que aumente também a disponibilidade econômica de determinado grupo de contribuintes. O que se percebe é que há dificuldades de se obter informações detalhadas sobre o volume de recursos utilizados como benefícios fiscais na área da saúde. O que evidenciamos é que na declaração de rendimentos da pessoa física

podem ser deduzidos os pagamentos efetuados com mensalidades de planos de saúde, além de pagamento particular a médicos, dentistas, exames etc, desde que não tenham sido reembolsados. (AZEVEDO e BAHIA 2010).

Contudo os técnicos da Receita Federal avaliaram que a grande parte desses gastos refere-se a planos e seguros privados de saúde. E no caso das pessoas jurídicas podem ser deduzidos os gastos de assistência médica e odontológica destinados aos funcionários. Dessa forma a uma estimativa que o setor de assistência médica suplementar movimentava cerca de R\$ 27 bilhões a 29 bilhões por ano. Estes valores, por meio da isenção de impostos e contribuições federais, estaduais e municipais, significam um dos suportes para o funcionamento das operadoras de planos de saúde, bem como para serviços de saúde filantrópicos e privados. Estas isenções têm como objetivo explícito de conceder alívio fiscal a empresas de planos de saúde e a estabelecimentos de saúde privados. (AZEVEDO e BAHIA 2010)

O subsídio do governo, que patrocina o consumo dos planos de saúde, privou o SUS de recursos financeiros, os quais poderiam ser utilizados para ampliar a cobertura e incrementar a qualidade, para não falar dos efeitos inequívocos da renúncia de arrecadação fiscal (redistribuição para os estratos superiores de renda). A presença desses incentivos governamentais permite que se aceite como plausível que os mecanismos privados de financiamento tendem a minar o financiamento público da assistência à saúde. (Ocké-Reis, 2010). O mais preocupante que esse tipo de modelo está provocando iniquidade e favorecimento das classes mais abastadas.

Co-financiamento dos planos privados de saúde para os trabalhadores do setor público

Vimos também o Estado financiando os planos privados a partir do momento que seus funcionários são cobertos por eles, chamamos este modelo de Co-financiamento dos planos privados de saúde para os trabalhadores do setor público. O que parece é que os governantes não levam em consideração o que está escrito na Constituição Federal de 1988, porque em seu texto está bem explícito no art. 196 saúde é direito de todos e dever do estado. Mas esta obrigação do Estado se sustenta também no art.19, inciso III, que expressa que é vedada à União, Estados e Municípios criarem distinções entre brasileiros ou preferências entre si. Ou seja, neste caso o subsídio aos planos privados de saúde para os trabalhadores do setor público não encontra respaldo constitucional, já que provoca uma distinção entre a população.

O que presenciamos é as próprias esferas de governo não cumprindo com o que está escrito no texto constitucional, relacionado à saúde, pois em grande maioria os funcionários públicos são cobertos por planos de saúde. O que vemos é o fortalecimento

dos planos de saúde, ao invés de fortalecer a saúde pública. Essa é mais uma das diversas formas que o dinheiro público em saúde chega à saúde privada. A expansão do financiamento dos planos privados para servidores público pelos governos federal, estaduais e municipais expressa claramente a concordância com a utilização de recursos públicos para dinamizar as empresas privadas de planos de saúde e assim reinvesti-los na rede privada e filantrópica de prestação de serviço de saúde.

Os planos de saúde de autogestão do país, que atendem mais de 5 milhões de trabalhadores - a maioria, servidor público - com aproximadamente 140 entidades filiadas entre elas a Cassi, a operadora dos funcionários do Banco do Brasil e a ASSEFAZ - Associação de Servidores do Ministério da Fazenda, também recebem subsídios em valores per capita que em 2010 foram reajustados em R\$ 82,83 (o mínimo) e R\$ 167,70 (o máximo). A despesa da União com o benefício foi de R\$ 2,4 bilhões, em 2010, e de R\$ 2,8 bilhões, no ano seguinte, conforme levantamento realizado pelo Planejamento. Não há informações sobre 2012. No primeiro ano de vigência, as compensação beneficiaram 3,388 milhões de servidores dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário. Em 2011, foram 3,318 milhões, que tiveram acesso a serviços médico-hospitalares e odontológicos (CORREIO BRAZILIENSE, 2013).

Diante disso, suspeitamos, que enquanto estiverem protegidos de outra forma que não seja o SUS como os planos privados de saúde, toda a atuação dos trabalhadores públicos da saúde, para o SUS, pode estar ligada meramente a condição de empregabilidade, de compaixão ou amor ao trabalho e não por ser um Sistema que queiram usar para si ou para os seus. . Do mesmo modo, a vinculação dos trabalhadores a entidades sindicais ou associativas, tem acontecido pela possibilidade de acessar com subsídios planos privados de saúde e não por um processo de politização que entende a entidade com um espaço de luta pela melhoria de sua condições de trabalho e também como espaço de luta pela efetiva implementação do SUS.

O não ressarcimento dos planos privados ao SUS

Na sociedade brasileira contemporânea, vê-se a existência de sistemas públicos e privados concorrentes. Mesmo que a Constituição do Brasil designar que a assistência à saúde é direito social e que os recursos devem ser alocados com base na necessidade de utilização e não pela capacidade de pagamento, parte dos cidadãos pode ser coberta por planos privados de saúde e, ao mesmo tempo, utilizar os serviços do SUS, resultando na dupla cobertura para aqueles que podem pagar ou podem ser financiados pelos empregadores: trabalhadores de média e alta renda, executivos e funcionários públicos.

(Ocké-Reis, 2010). E o que entra em questão é o não ressarcimento dos planos privados ao SUS.

Com a Lei 9.656/1998, a lei dos Planos de Saúde, obriga os planos e seguros de saúde ressarcir o SUS em caso de atendimento dos seus clientes. Ou seja, quando um cliente de plano de saúde for atendido em um hospital ou serviço público de saúde, a operadora do plano privado deve pagar por esse atendimento ao SUS. Para viabilizar o ressarcimento e identificar os atendimentos, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - utiliza o cadastro nacional de beneficiários de planos de saúde, cruzado com as autorizações de internação hospitalar (AIHs) disponíveis no Datasus/Ministério da Saúde.

De setembro de 1999 até o mesmo mês de 2003, o SUS poderia ter recebido das empresas de seguros e planos de saúde pelos serviços de urgência R\$ 589,3 milhões, mas apenas R\$ 40,3 milhões haviam sido quitados (LEITE, 2005). Valor este que deveria ter sido repassado para a saúde pública brasileira.

Devemos enfatizar, porém, que mesmo que a ANS tenha colocado todos os procedimentos previstos nos contratos como passíveis de ressarcimento nem todo atendimento de clientes de planos de saúde pela rede SUS será ressarcido. Não são ressarcidas as incontáveis exclusões de cobertura comuns nos planos anteriores à Lei 9.656/1998, que ainda representam 44,7% dos contratos, e nem as exclusões de cobertura previstas pela Lei 9656/1998 entre as quais se incluem: transplantes de órgãos como os de medula, fígado e coração (a não ser que previstos pelos contratos); medicamentos de uso ambulatorial; tratamento permanente para pacientes com problemas de saúde mental dentre outros. Nota-se, ainda, que nos contratos novos, o ressarcimento está limitado ao período de carência, à cobertura parcial temporária, à área de abrangência do contrato e à segmentação (ambulatorial ou hospitalar). (AZEVEDO e BAHIA 2010).

De acordo com Azevedo e Bahia (2010) ainda ocorre casos, onde médico prefere registrar o procedimento realizado para o cliente do plano de saúde como atendimento a ser cobrado no âmbito do SUS. Isso porque alguns procedimentos da tabela do SUS têm maiores valores de remuneração, se comparados às tabelas das operadoras.

Programa Farmácia Popular

Outra forma de acesso dos recursos públicos pelo setor privado é o Programa Farmácia Popular que surge¹, em 2004, envolvido pela retórica da necessidade de oferecer alternativas de acesso à assistência farmacêutica tradicional tanto no setor público - Farmácias Populares - como no setor privado - Aqui tem Farmácia Popular. No Farmácias Populares os medicamentos são disponibilizados por Rede Própria, em parceria com os

¹ Decreto nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa Farmácia Popular do Brasil em seguida modificado pela Portaria Nº 971, de 15 de maio de 2012.

Estados, Municípios e hospitais filantrópicos. O Aqui tem Farmácia Popular se organiza por meio de um convênio com a rede privada de farmácias e drogarias. A operacionalização do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) ocorre diretamente entre Ministério da Saúde e a rede privada de farmácias mediante relação convencional regida pela lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993. E sobre seu financiamento o Ministério paga até 90% do valor de referência estabelecido, sendo obrigatório o pagamento pelo paciente da diferença entre o percentual pago pelo governo e o preço de venda do medicamento ou o coletado adquirido.

Este Programa foi instituído desrespeitando a Lei 8080. O art.6 determinada que estão incluídas ainda no campo de atuação do SUS: I - a execução de ações:... d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; e no Art.7 ... obedecendo os seguintes princípios, no inciso II, vimos também a determinação de que a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Agora o que se questiona porque a população paga por medicamentos que teriam que ser gratuitos na rede pública, disponibilizados como direito social e atendendo o princípio da integralidade?

Devemos discutir que o Programa Farmácia Popular fere os princípios constitucionais norteadores do SUS, fazendo com que a universalidade seja limitada e a integralidade parcial assim possibilitando novas práticas desse tipo. A partir do momento que disponibiliza medicamentos na rede privada com descontos para a população sendo que esse mesmo medicamento deveria ser distribuído gratuitamente na Unidade Básica de Saúde.

O Programa Farmácia Popular foi na última década uma nova forma de repassar recursos do fundo público para o setor privado por meio da rede privada de farmácias espalhadas pelo país. Além deste repasse, desrespeitando os princípios do SUS, são inúmeras as notícias de fraudes que os donos de farmácia estão cometendo contra o erário público. O Ministério Público Federal - MPF, em junho de 2012, indiciou 30 donos de farmácias de Franca (SP) suspeitos de desviar R\$ 4 milhões de repasses do governo federal. Os estabelecimentos simulavam a venda de remédios do Programa Farmácia Popular do Ministério da Saúde e pediam reembolso dos valores (G1 RIBEIRÃO E FRANCA, 2012). Em janeiro de 2013 também o MPF denunciou um esquema que acontecia em 90 cidades de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. O golpe causou prejuízo de R\$ 1 bilhão aos cofres públicos

Considerações finais

O que vem acontecendo com a saúde é que ela cada vez mais está articulada ao mercado e pautada na Política de Ajuste que tem como principal objetivo a contenção dos

gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central, fazendo com que Estado, garanta um mínimo aos que não podem pagar, dessa forma ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado, os que podem pagar pela saúde. No Brasil a construção do SUS foi legitimada a partir de uma luta organizada da sociedade, uma luta por direito a participação, por políticas sociais e não políticas focalizadas como esta acontecendo na atualidade.

É a lógica do Estado contra-reformado que segundo Granemann (2011), as instituições e as políticas sociais que garantem os direitos dos trabalhadores e proteção social se transmitem em negócios que promoverão lucratividade para o capital. Este processo está permitindo à iniciativa privada transformar quase todas as dimensões da vida social em negócios definindo de modo rebaixado o que são as atividades exclusivas do Estado.

Infelizmente o que vemos é um grande montante de recursos públicos sendo investidos na saúde privada, fazendo com que a saúde vire um mercado, e se torne atrativa aos investidores, a partir das isenções fiscais, do não ressarcimento do que é utilizado pelo privado no SUS (mesmo que haja uma lei sobre isso, autores colocaram que não funciona), esse movimento de volta para o SUS a partir do momento que a sociedade enfrenta filas nos hospitais privados e nas consultas dos planos, além do pouco investimento, pois o que é de alto custo o SUS atende. Ate mesmo movimento inverso que é quando o SUS não tem determinado equipamento nos serviços próprios ou falta algo para atender determinada demanda ele contrata para utilizar o privado. Vimos como saúde privada recebe subsídios públicos diretos e indiretos. A população não tem conhecimento de que os planos de saúde são financiados por empregadores públicos e privados, que esse custo está embutido no preço dos produtos e serviços que toda a sociedade consome.

Ainda há novas formas de privatização que vem ganhando a cena pública e a de gestão por Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S. A. mais esse não é o objetivo deste texto. Entretanto é um tema relevante para ser pesquisado porque é uma privatização que aprofunda o ciclo de acumulação e reprodução do capital por meio das políticas sociais e dos recursos públicos.

Referências

AZEVEDO. M. C. G.; BAHIA L. Aporte de recursos públicos para planos privados de saúde. In: Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde / Organizadores, Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/GC-2010-RL-LIVRO%20CEBES-2011.pdf>> Acesso em: 10 junho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. CNES.Net. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Atualizado em: 20 fev. 2010. Disponível em:

BRASIL. <<http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?Configuracao=1024&bro=Microsoft%20Internet%20Explore>> Acesso em: 18 junho de 2013

BRASIL. Hospitais Filantrópicos. In. Portal da Saúde. [entre 2000 e 2013]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36276&janela=1> Acesso em: 18 junho de 2013

BRAVO, M. I. S. A política de saúde no Brasil. In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. MOTA, A. E. et al. (Orgs.). São Paulo: Cortez, 2007. Disponível em: <www.fnepas.org.br/servico_social_saude/texto1-5> Acesso em: 09 dezembro de 2012.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R. D.; CAMPOS, G. W. S. As Instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde...ou será ao contrário? Saúde em Debate, Rio de Janeiro, n.92 , p.11-20, Jan/Mar 2012.

CORREIO BRAZILIENSE. Garantia de atendimento: Operadores de autogestão negociam com o Planejamento medidas para assegurar os serviços médicos. In: Resenha Eletrônica. Em 10 de maio de 2013. <www.fazenda.gov.br/resenhaeletronica/MostraMateria.asp?page=&cod=885990>. Acesso em: 18 junho de 2013

GRANEMANN, S. Previdência complementar e o fetiche da gestão do capital pelo trabalho. In Marx e o Marxismo 2011: teoria e prática Universidade Federal Fluminense – Niterói – RJ – de 28/11/2011 a 01/12/2011. Disponível em <<http://www.uff.br/niepmarxmarxismo/MManteriores/MM2011/TrabalhosPDF/AMC431F.pdf>> Acesso em: 17 maio 2013.

G1 RIBEIRÃO e FRANCA. Empresários desviam R\$ 4 milhões do Farmácia Popular em Franca, SP, 01/06/2012. <http://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2012/06/empresarios-desviam-r-4-milhoes-do-farmacia-popular-em-franca-sp.html>. Acesso em 30 maio de 2013

LEITE, F. Governo Lula cria programa de apoio financeiro para os planos de saúde. In. Folha de São Paulo, 24 de abril de 2005. <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2404200501.htm>>. Acesso em: 30 maio de 2013

NARDINO, D. A Política de Assistência ao Portador de Doença Renal: A Doença, seu Tratamento e Custo. 2007. 66 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduada) - Curso de Serviço Social, DSS, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. Disponível em: <<http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial285803.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2013

OCKÉ-REIS.C.O. SUS: o desafio de ser único. Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde/ Organizadores, Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante. Rio de Janeiro: Cebes, 2010

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100028&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio. 2013