



Emenda Constitucional nº 95/2016: instrumento de afastamento da equidade no Sistema Único de Saúde

Kammilla Araújo¹

RESUMO O presente trabalho objetiva tecer breves comentários sobre o impacto da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016 que institui um novo regime fiscal e limitou despesas primárias dos três Poderes, pelos próximos 20 anos, especialmente, no âmbito da Saúde Pública. Para tanto, utilizou-se de pesquisa bibliográfica sobre os temas que envolvem o assunto. O prognóstico que se faz sobre os impactos dessa EC nº 95/2016 é de que haverá queda de recursos destinados a saúde em relação ao PIB, assim como, impossibilidade de investimentos e, conseqüentemente, o sucateamento do Sistema Único de Saúde (SUS) que é política pública social e instrumento de superação das desigualdades. Assim, estaria posta a realidade futura de limitação e, mais especificamente, de redução de recursos destinados à saúde em razão desse regime fiscal e o aprofundamento das iniquidades em saúde.

Palavras-chave: Limitação – Orçamento – SUS - Emenda Constitucional Introdução

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CR/88) consagrou o direito à saúde como um direito social e redefiniu as prioridades da política do Estado na área da saúde pública. Nesse momento, a sociedade brasileira fez opção por um sistema de saúde característico de um Estado de bem-estar e substituiu o sistema excludente e desigual, anterior à CR/88, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito e sob os princípios, notadamente, da universalidade, da integralidade, da equidade, entre outros. Todo esse processo posicionou o SUS como a maior política de inclusão social implantada sob o regime democrático no Brasil e permite afirmar, hodiernamente, que o seu fundamento legal é a CR/88(1).

Diante disso, estão postos o maior consumo de recursos e o custo social mais elevado, somados ao aumento da expectativa de vida ao nascer quanto ao envelhecimento da população brasileira, que geram novas demandas de saúde e, inevitavelmente, a adaptação do sistema de saúde quanto as suas ações de cuidados de saúde.

Desconexo a esse cenário, em 15 de dezembro de 2016, foi promulgada em sessão solene do Congresso Nacional a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016 (2). Esta modifica parte dos artigos dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) e institui um novo regime fiscal no Brasil, a partir de 2017, que limita as despesas primárias dos três Poderes pelos próximos 20 anos. Além disso, estabelece o teto dos gastos públicos com

¹ Universidade de Coimbra. E-mail: kamilaearaujo.bhz@gmail.com



base àqueles realizados no exercício de 2016 com reajuste, para os próximos vinte anos, de acordo com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), apontado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Destaca-se que tal regime fiscal permanecerá inalterado até o décimo ano de vigência da EC. Após esse intervalo de tempo, será possível proceder a alterações sobre o método de correção dos limites, por meio de Projeto de Lei Complementar do Presidente da República.

Nesse contexto é possível inferir que ao longo dos próximos anos haverá a realidade de limitação e, mais especificamente, de redução de recursos destinados à saúde e, inevitavelmente, desrespeito ao princípio da equidade apregoado pelo SUS. O presente trabalho pretende tecer breves comentários sobre o afastamento da equidade na Saúde Pública como consequência da EC nº 95/2016.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório e qualitativo com interpretação, atribuição de significados e análise hipotético-indutiva (3).

A pesquisa exploratória mostrou-se proveitosa, resultando na análise e na revisão da literatura de documentos, entre artigos científicos, manuais, legislação e documentos institucionais. Além disso, utilizou-se da consulta de dados institucionais do IBGE, Banco Mundial e Ministério da Saúde, Portal da Transparência.

Resultados

De acordo com as projeções do IBGE (4), a alteração da estrutura etária brasileira é considerável, nos últimos anos, e mais expressiva, se comparados os dados do ano de 2000 para o de 2036. A população entre 15 e 24 anos de idade teve uma queda de 7,6 pontos percentuais. Já a população com idade compreendida entre 25 a 59 anos teve um aumento de oito pontos percentuais. A população acima de sessenta anos quase triplicou, apresentando um aumento de 13,3 pontos percentuais. Em termos absolutos, a população acima de 60 anos passará de 14,2 milhões, em 2000, para 48,9 milhões habitantes em 2036.

Nesse contexto destaca-se que os gastos de saúde da população idosa, sabidamente, são maiores em relação ao restante da população demandando, conseqüentemente, mais investimento principalmente se considerado um aumento populacional tão expressivo. Conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (5),



mais de cinquenta por cento da população entrevistada, com idade acima de 65 anos, referiu diagnóstico de hipertensão, quase 20%, de diabetes e 25% de colesterol alto. Doenças crônicas que, se não controladas inevitavelmente, geram ainda mais custos à saúde.

No caso da saúde, de acordo com os dados do Portal da Transparência (6), nos últimos cinco anos, o maior percentual de aplicação ocorreu em 2015 e não ultrapassou a casa dos 13,7% da Receita Corrente Líquida (RCL), ou seja, a União não aplicou o mínimo constitucional. Não será no ano de 2017 que conseguirá aplicar os mínimos 15% para elevar os gastos com a saúde a patamares considerados, minimamente, aceitáveis, para um congelamento de gastos pelo período de vinte anos

Tabela 01: Gasto Público Primário Federal em Saúde em % da RCL

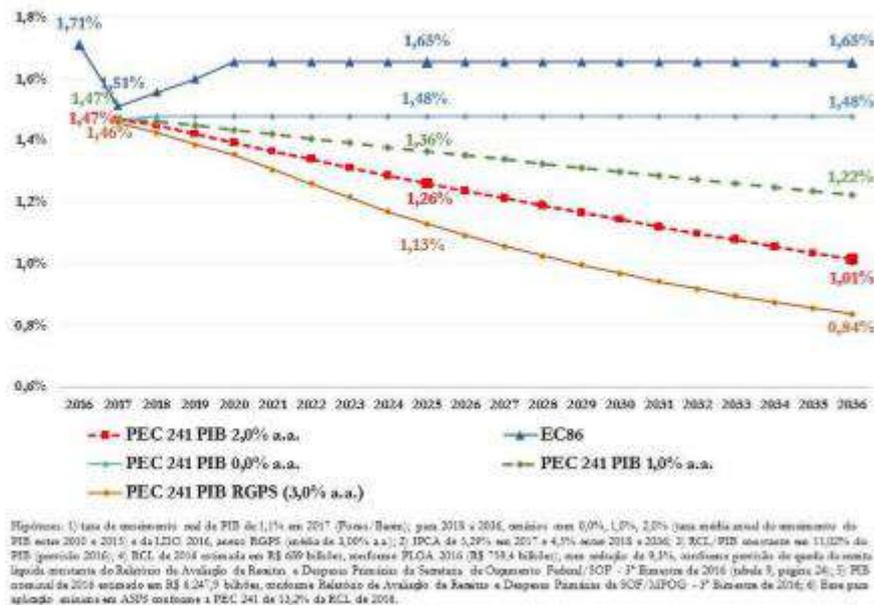
Ano	RCL*	Despesa Liquidada*	Percentual Aplicado
2016	R\$ 722.474.299,18	R\$ 98.494.822,88	13,6%
2015	R\$ 674.522.742,05	R\$ 92.154.111,99	13,7%
2014	R\$ 641.578.197,33	R\$ 85.130.901,08	13,3%
2013	R\$ 699.643.229,44	R\$ 85.384.222,46	12,2%
2012	R\$ 616.933.348,52	R\$ 84.052.672,78	13,6%

Fonte: Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Em relevante trabalho, publicado pelo IPEA, Vieira e Benevides (7) apresentaram uma projeção dos impactos da EC nº 86/2015 e da EC nº 95/2016 para os próximos anos. O Gráfico 01 apresenta o resultado das projeções sobre a participação dos limites mínimos de ações e serviços públicos de saúde em relação ao PIB. A projeção já parte de um valor inferior ao patamar atual, devido à queda no primeiro ano de vigência da EC nº 95/2016. Enquanto, durante a vigência da EC nº 29/2000, o financiamento federal do SUS se situou na faixa entre 1,6% e 1,7% do PIB. Com a previsão, para 2016, o valor seria de 1,71% do PIB, mas, para 2017, o limite mínimo para aplicação em ASPS seria de 1,47% do PIB e, com a manutenção da regra da EC nº 86/2015, seria de 1,51% do PIB.



Gráfico 01: Projeção do impacto da EC nº95/2016 sobre o gasto federal com saúde em comparação com a manutenção da regra da EC nº 86/2015 – em % do PIB (Hipóteses: piso da PEC 241 = 13,2% da RCL de 2016; e RCL 2016 = R\$ 689 bilhões).



Fonte: Vieira e Benevides, 2016b

Não se pode afastar a realidade de que, de acordo com os dados do Banco Mundial (8), em 2014, o gasto público no custeio da saúde representou 45,5 e atendeu, exclusivamente, a 75% da população brasileira, com a oferta integral de bens e serviços de saúde, ou seja, sem cobertura da saúde suplementar. Além disso, bens e serviços de vigilância em saúde (sanitária e epidemiológica), vacinação, tratamentos de alto custo não cobertos pelos planos de saúde, nomeadamente, o oncológico e o transplante de órgãos, são atendidos, na sua totalidade, pela rede pública de serviços de saúde (9).

Discussão

Aspectos orçamentários do direito à saúde no ordenamento constitucional brasileiro

A CR/88 assegurou a todo cidadão o direito aos serviços públicos de saúde e à assistência social e instituiu o financiamento do SUS e da Seguridade Social, baseado no modelo de Beveridge. Nos termos dos artigos 195 e 198 da CR/88, o financiamento do SUS é responsabilidade comum da União, do Distrito Federal, dos estados e dos municípios. (10)



O processo de busca de fontes de financiamento e as inúmeras crises também fizeram parte do processo de construção do SUS. A vinculação de recursos para o SUS já constava da proposta da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e pretendia vincular à saúde recursos equivalentes a 10% do PIB. No entanto, tal vinculação só ocorreu 12 anos mais tarde, com a Emenda Constitucional n. 29 (EC n. 29/2000), de 13 de setembro de 2000, que estabeleceu a vinculação das receitas da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal (11).

A EC n. 29/2000 (12) estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, o Distrito Federal, os estados e os municípios tornaram-se obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. Mas a efetividade dessa emenda exigia a regulamentação, por Lei Complementar (LC), nos termos do parágrafo terceiro que previa a reavaliação dos percentuais mínimos, pelo menos a cada cinco anos, desde a data de promulgação da Emenda. Após mais doze anos, em 2012, a LC n. 141/2012 manteve a mesma regra da EC n. 29/2000 e não adicionou mais recursos.

A LC n. 141/2012 (13) regulamentou o Art. 198 da CR/88 e definiu: a) valor mínimo e normas de cálculo da quantia mínima a ser aplicada, anualmente, pela União; b) percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados, anualmente, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios; c) critérios de rateio dos recursos da União (destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios) e dos estados (destinados aos seus respectivos municípios para redução progressiva de desigualdades regionais); d) normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas nas esferas federal, estadual, distrital e municipal. Em 16.10.2012, foi publicado o Decreto n. 7.827 (14) que regulamentou a LC n. 141/2012 e estabeleceu os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências constitucionais, além dos procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde dos quais trata a LC n. 141/2012.

Em 2015, a EC n. 86 (15) alterou o inciso I, do §2º, do Art. 198 da CR/88, referente ao valor mínimo e às normas de cálculo da quantia mínima a ser aplicada, anualmente, pela União e definiu o cumprimento progressivo, em cinco anos, a partir de 2016. Além disso, revogou o inciso IV do §3º do mesmo artigo que previa a possibilidade de o percentual mínimo da União ser reavaliado, por Lei Complementar, pelo menos a cada cinco anos, e



determinou a inclusão, para fins de cumprimento do montante mínimo aplicado pela União, dos recursos destinados para a área de saúde, oriundos da exploração de petróleo e do gás natural e das emendas individuais.

Por fim, a EC nº 95 estabelece limites para gastos aplicando, na prática, um montante inferior aos 15% constitucionalmente determinados.

A EC nº 95/2016 na prática

O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão conceitua despesas primárias como “aquelas que pressionam o resultado primário, alterando o endividamento líquido do Governo (setor público não financeiro) no exercício financeiro correspondente” (16).

Além do teto das despesas primárias, decorrente da EC nº 95/2016, desde 2000, o Brasil possui um teto estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal (17) que decorre de meta de superávit primário. Assim, as despesas primárias serão duplamente penalizadas, já que, além dos limites impostos pela referida emenda constitucional, deverão submeter-se ao superávit primário. Em outras palavras, pode-se dizer que, quanto maior a meta de superávit primário, a cada ano, mais baixo será o teto para as despesas primárias, ou seja, para os gastos sociais (18).

Nesse contexto, torna-se importante esclarecer que o valor previsto para a saúde foi menor, em termos reais, em relação ao último ano de vigência da EC nº 29/2000. Ou seja, a regra desta EC resguardava o orçamento federal do SUS, através da correção pela variação nominal do PIB, que incorpora a inflação e o crescimento real do PIB. Diferente do novo regime fiscal que corrige o orçamento apenas pela inflação (IPCA).

A EC nº 95/2016 estabeleceu a RCL de 2016 a qual apresentou queda real, devido à redução da atividade econômica no país. Especificamente, em relação à saúde, houve exceção que, em pouco, altera a realidade de limite de gastos. O Art. 198 da CR/88, estabelece que a União não poderia aplicar menos de 15% da RLC. E, no Art. 212, a União aplicará até 18%, mas os estados, o Distrito Federal e os municípios aplicarão 25% do resultado de impostos e transferências para a educação. (19)

No entanto, essa medida é pouco efetiva para se garantir o necessário investimento. Mesmo se, em 2017, o custeio da saúde alcançasse os 15% em relação à RCL, ainda estaria longe do ideal. De acordo com dados do Ministério da Fazenda (20), o custeio já é inferior ao desejável, tendo em vista que não ultrapassou os 1,7% em relação ao PIB, nos



últimos dez anos. A proposta dos sanitaristas, desde a Reforma, era de, no mínimo, dez por cento em relação ao PIB, para que se garantisse o atendimento adequado de uma política de saúde como se quer o SUS: universal, integral, equânime e gratuito a toda a população brasileira.

Tabela 02: Gasto Público Primário Federal em Saúde em % do PIB

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1,7	1,6	1,6	1,7	1,6	1,6	1,7	1,6	1,6	1,7

Fonte: Ministério da Fazenda, 2016

A EC nº 86/2015 já foi considerada penalizante para o financiamento, quando o desvinculou do PIB. Não restam dúvidas de que a EC nº 95/2016 significará o desmonte do SUS. O Gráfico 02 abaixo, elaborado por Vieira e Benevides (21), realiza um comparativo simulado entre os gastos de saúde, em relação ao PIB, sob a vigência da EC nº 29/2000 e da EC nº 95/2016, no período de 2003 a 2015. O custeio da saúde, sob a vigência da EC nº 95/2016, seria superior ao proposto pela EC nº 29/2000 e, no final do período simulado, haveria uma queda significativa de 0,99 pontos percentuais a qual geraria um investimento em saúde de 1,01% do PIB, ou seja, quase metade em relação à EC nº 29/2000.

Gráfico 02: Simulação do impacto da ECnº95/2016 sobre o Gasto Federal do SUS caso vigorasse desde 2003, em % do PIB



Fonte: Vieira e Benevides, 2016

Sob a análise do panorama da saúde no Brasil, tais considerações, embasadas em argumentos econômicos, relevam um prognóstico preocupante no que tange aplicação de recursos na saúde.



A EC nº 95/2016 e a equidade

O Movimento da Reforma Sanitária, sob a crítica do sistema de saúde vigente, pretendia não apenas garantir direito à saúde a todos, mas também apropriar-se da noção de equidade no tocante à distribuição mais ampla dos recursos da saúde exigindo tanto organizar um sistema de saúde de maneira eficaz quanto atender às diversas necessidades da população frente aos escassos recursos (22).

Em um contexto de desigualdades, a equidade permite o melhor atendimento, se observada a diversidade. Um dos princípios fundamentais, norteadores do SUS no Brasil, a equidade, positivada no inciso VII, Art. 7º da lei 8.080, abarca o acesso universal e igualitário e a ação sobre os determinantes dos níveis de saúde (23). Para tanto, ultrapassar as desigualdades em saúde implica redistribuição, inclusive, do perfil da oferta de ações e serviços. Enfim, é reconhecer que as desigualdades devem ser superadas de forma a minimizar diferenças.

Acredita-se que o regime fiscal posto se apresenta como entrave para a efetivação do direito à saúde, em razão da perda de recursos, em relação à regra vigente e à redução do gasto público com a saúde (se verificado o PIB), uma vez que não haverá partilha dos ganhos decorrentes do crescimento econômico durante vinte anos. Além disso, aprofundará as iniquidades em saúde na medida que os mais vulneráveis estarão sujeitos à insuficiência da oferta, a escassez ou precária qualidade de serviços públicos de saúde enquanto aqueles que dispõem de recursos financeiros para o mercado privado terão acesso as melhores ações e serviços de saúde e tecnologias mais avançadas. (24)

Conclui-se, portanto, que, de acordo o novo regime, não será possível efetuar o aumento de despesas totais e reais acima da inflação, mesmo se a economia do país estiver em crescimento, o que, inevitavelmente, acarretará a redução de investimentos, sucateamento do SUS, a queda da qualidade de vida da população que está envelhecendo e exigindo aumento de recursos. A EC nº 95/2016 reforça o subfinanciamento da saúde pública, o excesso de incentivos governamentais para o mercado privado e contribui para a redução do gasto público no total das despesas com a saúde. Um cenário paradoxal para sistema universal e equânime de saúde. (25)



Conclusão

A construção histórica do SUS, especialmente a partir do Movimento Sanitário, resultou na ruptura de um sistema contratualista, excludente e de financiamento seletivo por um sistema que se quer universal, gratuito e equânime. Apesar de todas as dificuldades para a sua implementação, o SUS tem, hoje, um impacto social de grande importância, como sistema de proteção social, em razão dos resultados obtidos e da abrangência da cobertura alcançada.

O sistema de saúde brasileiro se apresenta como política pública social e instrumento de superação das desigualdades, por meio da equidade institucionalizada nas políticas públicas que são um importante meio de ação estatal em prol do desenvolvimento social, impulsionadas pelos conflitos e disputas.

O gasto público com a saúde que se impõe com a EC ^o 95/2016 mostra-se em desacordo com a política do SUS que visa um atendimento universal e integral para redução das desigualdades. Ter 54% do custeio da saúde com despesas privadas permite inferir que, em razão de falhas estruturais, parte da população recorre aos planos e seguros de saúde, acentuando ainda mais as iniquidades no país, à medida que cria um atendimento desigual àqueles com maior poder aquisitivo, permitindo-os usufruir de melhores serviços, tendo como contrapeso um serviço de diferenciada qualidade aos usuários do SUS. Enfim, o gasto privado maior, por meio de desembolso direto, ou por meio de aquisição de planos e seguros de saúde, e a menor participação de recursos públicos no setor concretizam a forma mais iniqua e excludente de financiamento.

Referências

1. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 14.10.2017
2. Brasil. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 95 de 16 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.
3. SERAPIONI, Mauro. "Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração" *Ciência & Saúde Coletiva*. 5(1), 187192.
4. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017). Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 de junho de 2017.



5. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas, 2013. IBGE: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm> Acesso em: 10 de junho de 2017.
6. Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria Geral da União “Portal da Transparência”. Disponível em <http://www.portaldatransparencia.gov.br>. Acesso em: 10 de junho de 2017.
7. VIEIRA, Fabiola S.; BENEVIDES, Rodrigo P. S. “Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil”. Nota técnica nº 28. Brasília: IPEA, 2016.
8. Banco Mundial. Disponível em: <https://data.worldbank.org/>. Acesso em: 10 de junho de 2017.
9. VIEIRA, Fabiola S.; BENEVIDES, Rodrigo P. S. “O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado” Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas. (3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21057/repam.v10i3.21860>. Acesso em: 10 de junho de 2017. 10. Ibidem
10. VIANNA, Solon M. “A Seguridade Social e o SUS: re-visitando o tema” In: Saúde e Sociedade. 14(1), 7-22.
11. BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
12. BRASIL. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.
13. BRASIL. Decreto nº 7.827 de 16 de outubro de 2012. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências.
14. BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 86 de 18 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica.



15. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Glossário. Disponível em: <http://www.orcamentofederal.gov.br/glossario1/glossario_view?letra=D>. Acesso em 10 de junho de 2017.
16. BRASIL. Lei Complementar 101 de 4 de maio de 2012. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.
17. Instituto de Estudos Socioeconômicos (2017) Orçamento 2017 prova: teto dos gastos achata despesas sociais e beneficia sistema financeiro. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/noticias/noticias-do-inesc/2017/marco/orcamento-2017prova-teto-dos-gastos-achata-despesas-sociais-e-beneficia-sistema-financeiro>>. Acesso em 10 de junho de 2017.
18. Ibidem
19. Ministério da Fazenda (2016) “Relatório de Análise Econômica dos Gastos Públicos Federais Evolução dos Gastos Públicos Federais no Brasil: Uma análise para o período 2006-15” Secretaria de Política Econômica. Brasília: Ministério da Fazenda Disponível em: http://www.spe.fazenda.gov.br/notas-erelatorios/relatorio_gasto_publico_federal_site.pdf. Acesso em: 10 de junho de 2017.
20. Ibidem
21. VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; LIMA, Luciana Dias de. Política de saúde e equidade. São Paulo Perspec., São Paulo , v. 17, n. 1, p. 58-68, Mar. 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010288392003000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392003000100007>.
22. BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
23. ROCHA, Luciano V. (2017) A EC 95/16 entre o teto e o assoalho do estado. Disponível em: <http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI251944,11049A+EC+9516+entre+o+teto+e+o+assoalho+do+estado> Acesso em : 10 de junho de 2017.
24. PIOLA, Sérgio F. et. al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013