

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**A terapia renal substitutiva em São Paulo: uma análise a partir da  
economia política da saúde**

**ANTONIO PESCUMA JUNIOR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Pública para a obtenção do título de  
Doutor em Ciências

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof(a). Dr(a). Aylene Bousquat

São Paulo  
2019

**A terapia renal substitutiva em São Paulo: uma análise a partir da  
economia política da saúde**

**ANTONIO PESCUMA JUNIOR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Pública para a obtenção  
do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Serviços de Saúde  
Pública

Orientador: Prof(a). Dr(a). Aylene Bousquat

Versão Revisada  
São Paulo  
2019

# 1. INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) atinge de 8 a 16% da população mundial. No Brasil, em julho de 2016, o número total estimado de pacientes em diálise foi de 122.825,<sup>1</sup> (SESSO et al., 2016; JHA et al., 2013). Szuster et al. (2012) afirmam que o SUS é responsável por 89% do financiamento da hemodiálise no Brasil. Durante o período de 2002 a 2011, o gasto do SUS correspondeu a um valor total de 9,8 bilhões destinado para a Terapia Renal Substitutiva (TRS), em procedimentos ambulatoriais (PESCUMA JR, 2013).

No Brasil, 89,6% dos pacientes dialíticos fazem seu tratamento por meio da hemodiálise (NEVES et al., 2011). Segundo o Ministério da Saúde, haveria aproximadamente 112.004 mil pacientes em diálise, no Brasil, em 2014, sendo que cinquenta por cento destes residentes na região Sudeste, particularmente em São Paulo (SESSO et al, 2016).

A indústria relacionada à hemodiálise apoia-se em empresas multinacionais para o fornecimento de maquinário e insumos, atuando de maneira integrada na oferta total ou parcial desses produtos para o setor produtivo da Hemodiálise. Isso a define como um setor de elevada vulnerabilidade produtiva (GADELHA, 2002). As empresas, por estarem organizadas em uma estrutura de oligopólio<sup>2</sup>, possuem um maior poder de barganha com relação aos preços praticados pelos seus insumos e maquinários produzidos. Desta forma, com necessidades crescentes e um elevado gasto, é importante considerar os aspectos políticos, principalmente com relação às empresas no segmento da diálise (PESCUMA JR, 2013). Os insumos importados pelo setor da Saúde e as tecnologias incorporadas elevam os preços de produtos e serviços, acarretando um processo inflacionário nesse segmento (VIANA e SILVA, 2011). Em 2014, foi realizado o Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica, pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, com resposta de cerca de 44% das unidades de diálise no país. De acordo

---

<sup>1</sup> Sabe-se há décadas que a taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) declina em paralelo à idade (TONELLI e RIELLA, 2014). Ainda, segundo o Censo Brasileiro de Diálise de 2011, 91.314 pessoas no Brasil foram submetidas a hemodiálise. O número estimado de pacientes que iniciaram diálise foi 28.680. Destes, 31,5% apresentavam idade acima dos 65 anos, sendo essa população a de maior incidência na TRS (COSTA, 2015).

<sup>2</sup> Uma estrutura de mercado em oligopólio possui poucas empresas que ofertam os produtos, tendo forte controle sobre preços e quantidades dos produtos ofertados (VARIAN, 2003).

com a Global Burden of Disease (GBD), no mundo, em 2015, 1.2 milhões de pessoas morreram por falência renal crônica. Ademais, evidenciou-se que 9% dos pacientes foram tratados com diálise peritoneal; 32.499 (29%) estavam em fila de espera para transplante; 37% tinham sobrepeso/obesidade; e 29% tinham diabetes. O cateter venoso era usado como acesso em 17% dos pacientes em hemodiálise (SESSO et al., 2016).

A partir de BARBIERI et al. (2015), foi constatado o aumento do número de pacientes em hemodiálise no Brasil de 2002 a 2012, período em que a taxa de prevalência praticamente duplicou, de 48,80 para 97,58 por milhão de habitantes, respectivamente. É na Hemodiálise, objeto de estudo desta pesquisa, que as questões econômicas, políticas e sociais podem ser investigadas, destacando também o financiamento e os aspectos operacionais envolvidos em seu funcionamento.

As Portarias, Decretos e Normas estipulam as regras que o SUS deve levar em conta para a plena realização dos serviços de Saúde prestados à população. Entre os assuntos tratados nos documentos governamentais, o financiamento e os parâmetros de funcionamento relativos à TRS têm importância fundamental<sup>3</sup>. Portanto, a realidade dos documentos publicados é um reflexo direto das negociações, acordos e mudanças efetuadas nas comissões, cujo principal objetivo é tornar o acesso efetivo à TRS para a maior parte da população<sup>4</sup>. Diante do exposto, a pesquisa foi estruturada da seguinte maneira: primeiramente, na INTRODUÇÃO, foi comentada a importância do estudo da hemodiálise como um problema de saúde pública, com elevado gasto e uma dependência de insumos e equipamentos produzidos por empresas estrangeiras. Em seguida, no OBJETIVO, foi delineado o objetivo geral, bem como os específicos, tendo como base as contribuições da Economia Política da Saúde (EPS) para o entendimento dos processos econômicos, políticos e sociais envolvidos na oferta da Terapia Renal Substitutiva (TRS) no estado de São Paulo. Posteriormente, na HIPÓTESE, foi desenvolvida a argumentação a respeito da importância do mapeamento da hemodiálise, tendo como base o escopo da Economia Política da Saúde e os principais reflexos no segmento, tanto no ambiente produtivo como no especulativo, com o delineamento de um cenário presente na atual fase do capitalismo contemporâneo. Em A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA, expõe-se o referencial teórico da Economia Política da Saúde

---

<sup>3</sup> O Pesquisador desta tese participou de algumas reuniões realizadas pela Comissão de Gestão dos serviços de Terapia Renal Substitutiva em São Paulo no ano de 2017, da Secretaria Estadual da Saúde (SES). Os encontros mensais trataram de aspectos relacionados à operacionalização dos serviços, contratualização e mudanças estruturais nas portarias publicadas.

<sup>4</sup> Nesta pesquisa, foram realizadas entrevistas com os principais atores na gestão dos serviços da TRS, segmento público e privado, em São Paulo.

(EPS) e sua contribuição ao segmento da Saúde. Foram formuladas as principais perguntas referentes a cada uma das dimensões da Economia Política da Saúde (EPS), sendo a hemodiálise conduzida como um estudo de caso nesta pesquisa. No item 4.1, foi selecionado o estado de São Paulo como o local de estudo, por apresentar as condições necessárias à implementação de um parque produtivo como o da Hemodiálise, com um elevado número de pacientes, com um grande número de clínicas e empresas multinacionais como fornecedoras de insumos e maquinário. Ainda, no item 4.2, foram delineados os procedimentos metodológicos da pesquisa, com o detalhamento da Análise Quantitativa no item 4.2.1, com a construção dos indicadores, e no item 4.2.2, a Análise Qualitativa, com os critérios de seleção e a construção das categorias para a condução das entrevistas desta pesquisa. Importante destacar que todos os entrevistados possuem representatividade na Gestão dos Serviços da Hemodiálise em São Paulo, com experiência e influência nas decisões de cunho político, econômico e social no segmento. Ainda, no item 4.2.2, foram delineados os núcleos temáticos para a pesquisa, a partir das entrevistas que foram conduzidas para esta Tese, por critério de similaridade. Por fim, no item 4.2.2, foram descritos os procedimentos metodológicos, tanto quantitativos como qualitativos, para cada um dos objetivos da pesquisa. Posteriormente, foi descrita a aprovação deste estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa, com todos os requisitos para sua realização.

Em ECONOMIA, INDÚSTRIA E SAÚDE, foi destacado o problema econômico fundamental da saúde: a escassez de recursos financeiros. No item 6.1 desta pesquisa, foi mencionado que, apesar dos montantes financeiros não serem abundantes para a saúde, esse segmento apresenta um importante papel na economia, com a geração de emprego e renda, desempenhando uma função multiplicadora em diversos setores que permeiam sua cadeia produtiva. No entanto, há na saúde uma vulnerabilidade produtiva que eleva o ônus para o sistema de Saúde, com resultados significativos no financiamento, ocasionando uma escassez de repasses financeiros. Os recursos consumidos pelo setor da Saúde e as tecnologias incorporadas proporcionam aumento nos preços de produtos e serviços, desencadeando um processo inflacionário. Para minimizar o problema, um dos métodos de análise utilizados pela Economia da Saúde é o denominado “Avaliação Econômica em Saúde”, com uma preocupação com os orçamentos. Trata-se de uma metodologia para otimizar as escolhas envolvidas na produção da saúde. Apesar desse escopo teórico ter importância, os sistemas de Saúde apresentam contradições permeadas por questões políticas, históricas e sociais

pertencentes à sua formação, sendo, portanto, fundamental o entendimento de um novo referencial teórico, intitulado “Economia Política da Saúde” (EPS), com a compreensão da dimensão industrial, política e de proteção social. No item 6.2, dentro do corpo teórico da Economia Política da Saúde (EPS), foi explicado o conceito de Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) como um sistema produtivo que engloba os subsistemas de base industrial (química, biotecnológica, mecânica, eletrônica e de materiais) e de serviços. Foram apresentados alguns planos para o desenvolvimento CEIS ao longo do tempo, os quais não foram devidamente realizados, e, por isso, acarretaram um forte impacto na balança comercial da saúde, com déficits. Foi demonstrado que os filtros para hemodiálise são produzidos por empresas estrangeiras, o que em muito impacta o orçamento para o segmento. Por fim, foi comentado sobre a inviabilidade da produção de filtros no Brasil.

Em A TECNOLOGIA NA HEMODIÁLISE E SEU ELEVADO DISPÊNDIO FINANCEIRO, foi mencionado que a Hemodiálise, apesar de pertencer a um segmento de elevada complexidade, possui somente melhorias técnicas, com inovações incrementais na sua configuração produtiva, apresentando um elevado gasto financeiro. Foi descrito um breve histórico das máquinas ao longo do tempo até os dias atuais.

Na DIMENSÃO INDUSTRIAL NA HEMODIÁLISE, foi investigado o dimensionamento do parque produtivo da hemodiálise ao longo do tempo, com o objetivo fundamental de verificar que o aumento dos gastos é causado pela expansão da oferta, condicionando a demanda e levando ao aumento do financiamento. O objetivo fundamental foi o de delinear as condições necessárias para a manutenção dos serviços de hemodiálise dentro de uma lógica de mercado, além de explicar os motivos que levam ao seu elevado gasto, com forte vulnerabilidade produtiva na oferta de insumos e máquinas realizadas por empresas multinacionais. No item 8.1, foi descrita a oferta de máquinas por 10000ha nas regiões de saúde em São Paulo com o principal objetivo de verificar se a expansão de máquinas está atrelada ao movimento de valorização do capital produtivo ao longo do tempo, com a necessidade de mais maquinário para suprir as necessidades das empresas estrangeiras. No item 8.2, foi evidenciado que o financiamento para a diálise aumenta ao longo do tempo, favorecendo a indústria fornecedora de insumos e maquinário, um movimento crescente de valorização do capital nos serviços de saúde. Além disto, no item 8.3, foi verificada a existência de uma demanda garantida de pacientes para a oferta de serviços de diálise, expressa pela taxa de Prevalência, sendo uma condição necessária para uma adequação à expansão da

oferta de máquinas no tempo. Posteriormente, no item 8.4, foram descritas as regiões com ausência de serviços de hemodiálise, no entanto, com um potencial para crescimento, condição necessária para a expansão dos serviços de diálise no Estado e a manutenção de uma lógica centrada no mercado. No item 8.5, foi constatado que a hemodiálise corresponde à maior parte do financiamento para o segmento, tendo, portanto, a confirmação dos argumentos defendidos ao longo desta tese. No item 8.6, foi mostrada a evolução dos procedimentos dialíticos, sendo uma expressão direta do elevado financiamento ao setor. Em seguida, no item 8.7, foram delineados os turnos de funcionamento das clínicas em São Paulo, com o objetivo de verificar se os serviços funcionam com a capacidade total, ou se tentam economizar, mediante uma situação orçamentária dependente das empresas estrangeiras. Posteriormente, no item 8.8, é feita a constatação de que a maior parte dos serviços são privados, com arranjos produtivos com convênios e seguradoras, alterando o acesso dos pacientes aos serviços. No item 8.9, é detalhada a circunstância política que permeia o reuso de filtros de hemodiálise, o seu impacto no financiamento para a diálise e a viabilidade na produção nacional desse insumo. Por fim, no item 8.10, As Multinacionais e a sua lógica de operação no mercado da diálise, foi delineado o papel das multinacionais na hemodiálise, sua lógica de acumulação do capital, tanto na esfera produtiva como na especulativa. Na DIMENSÃO POLÍTICA NA HEMODIÁLISE, é feita uma descrição das principais portarias no segmento e sua evolução ao longo dos anos. Na DIMENSÃO POLÍTICA DE SAÚDE COMO ATIVIDADE DE PROTEÇÃO SOCIAL, foi comentado sobre a dimensão social da hemodiálise, com considerações a respeito da política social como atividade de proteção social, a relação entre o capital e o trabalho na hemodiálise, a Geografia do Acesso e a qualidade prestada ao paciente renal crônico. Por fim, são feitas considerações finais e sugestões para novas pesquisas.

## 2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No atual momento do capitalismo contemporâneo, marcado pela acumulação do capital nas suas diversas formas, foi uma tarefa complexa delinear um estudo de um segmento de elevada complexidade como a diálise. Toda esta estrutura apresenta um elevado dispêndio para sua operacionalização, na ordem de 2 bilhões ao ano e com perspectivas de aumento dos gastos ao longo do tempo.

A estrutura produtiva da diálise é permeada por um conjunto de empresas estrangeiras, em um formato de oligopólio, que fornecem os insumos e maquinários para a operacionalização do segmento, delineando-se um cenário de extrema vulnerabilidade produtiva. Os preços são estipulados por estas empresas. Portanto, o gasto elevado favorece uma situação de dependência, principalmente com relação a aquisição insumos para o tratamento dos pacientes. Dito de outra forma, além de um conjunto de políticas para a prevenção, seria de elevada importância a existência de planos para o desenvolvimento do parque produtivo na diálise, com produção nacional de tecnologias. Para complementar, é uma tarefa desafiadora, para empresas de menor porte, entrarem em um sistema produtivo dominado por multinacionais na diálise, principalmente devido a escala para a produção, credibilidade perante o mercado e investimentos elevados. Uma alteração de fornecedores, particularmente na diálise, apresenta um grau de complexidade considerável, principalmente pelas circunstâncias políticas que permeiam os serviços.

Cada clínica de diálise atua na sua configuração de forma autônoma, executando compras de insumos e maquinários das empresas estrangeiras, com graus de representatividade que diferem mediante o seu poder de mercado, nas relações com os convênios e seguradoras, nas demandas junto a secretaria de saúde, dentre outros. Uma alteração do formato produtivo que a diálise apresenta, com a inclusão de empresas nacionais na produção de insumos e maquinário, não seria uma movimento linear, principalmente devido as barreiras de entrada que as companhias estrangeiras delimitaram em seu processo de implementação das tecnologias incorporadas ao SUS.

Outro aspecto que merece ser destacado é que a hemodiálise apresenta especialmente inovações incrementais, uma característica que poderia beneficiar projetos de viabilidade econômica para a implementação de tecnologias nacionais. Não há uma relação direta entre melhorias técnicas e elevado gasto. Diferentemente do



consenso que existe na ciência econômica a respeito dos movimentos de inovações e elevações nos dispêndios, na diálise o acentuado movimento de novas tecnologias não foi evidenciado. A diálise é um segmento que segue uma lógica de acumulação diferente de outras áreas da saúde, sendo uma expressão de uma relação entre os gastos com a manutenção do seu parque produtivo, com o uso de filtros e com a aquisição de maquinário.

Não há uma ruptura tecnológica que proporcione alterações na forma de tratamento, a tecnologia utilizada na diálise é dominada, com as patentes liberadas, sendo uma vantagem competitiva para novas empresas que pretendem entrar no mercado. No entanto, este movimento não ocorre de forma plena. Importante mencionar que, dentre artefatos tecnológicos utilizados na diálise, os filtros apresentam uma representatividade financeira de relevância para os serviços, correspondendo a 70% do custo por procedimento na hemodiálise. Esta situação proporciona uma corrosão do financiamento público oferecido ao segmento, muito acima dos efeitos inflacionários ou cambiais, sendo de extrema importância a dinamização de indústrias nacionais para este diminuir este impacto financeiro.

Apesar do gasto público do SUS ter aumentado de 2008 a 2017 no Estado de São Paulo, nunca o pagamento por procedimento foi considerado suficiente pelos atores entrevistados, principalmente devido ao comprometimento para a compra de filtros pelos serviços. Como foi colocado nesta tese, a maior parte dos serviços são privados e prestam serviço ao SUS, sendo dependentes com relação ao gasto público para os tratamentos aos pacientes. Portanto, o grau de dependência foi acentuado durante os anos, levando a falência de vários serviços de diálise e conseqüentemente na liquidação dos seus ativos perante as empresas multinacionais pertencentes ao segmento, um processo de aquisições que foi facilitado mediante a liberalização do capital estrangeiro na saúde, promulgada pela Lei 13.097/2015. As multinacionais, com o fornecimento dos maquinários, dos filtros e capilares, consolidaram um movimento de oligopólio na oferta de tratamento dialíticos, com o objetivo de incorporar clínicas de hemodiálise.

Na ótica produtiva, conforme foi delineado nesta pesquisa, houve uma expansão das máquinas durante os anos de 2008 a 2017, reflexo da necessidade de tratamento para a população nas diversas regiões de saúde que não eram cobertas no ano de 2008. A expansão produtiva ao longo de uma década acentuou a dependência produtiva, com o aumento do ônus financeiro e com a criação de um cenário favorável aos acionistas destas companhias internacionais. Os projetos de expansão delineiam uma condição

favorável para a acumulação, principalmente com relação as perspectivas futuras. O horizonte temporal é um elemento fundamental para o aumento da rentabilidade dos acionistas desta empresas, principalmente pela projeção de um cenário de maior fragilidade das clínicas, facilidade nas aquisições de clínicas pelas empresas estrangeiras e pelo aumento do poder de barganha das companhias perante o financiamento do SUS.

Mediante um arranjo produtivo satisfatório, com a produção dos filtros e diminuição do impacto nos custos, a viabilidade dos serviços é uma nova realidade, até mesmo para ampliar a possibilidade de abertura do capital para as empresas que não pulverizaram seu valor no mercado acionário. Portanto, o segmento produtivo e o do mercado de capitais atuam juntos, com um movimento complementar de ganhos, para a ampliação das oportunidades de negócios dessas companhias. As empresas possuem uma estrutura mundializada, com profissionais envolvidos, escalas de produção, dimensionamento dos negócios, projetos de investimentos, entre outros aspectos relacionados ao seu planejamento financeiro. Os acionistas atuam como financiadores das operações das empresas e têm como principal objetivo obter retornos sobre os papéis e ativos negociados.

As empresas estrangeiras produzem os filtros, as máquinas, possuem a expertise na oferta, experiência internacional e poderio econômico. O cenário atual do câmbio favorece as aquisições, os serviços de diálise expressos dólares ou euros correntes possuem custos de incorporação irrisórios para estas empresas estrangeiras. Nesta nova fase, espera-se a otimização dos serviços, a ampliação das máquinas existentes com o aumento da capacidade instalada. Sendo, portanto, a lógica do capital produtivo.

É importante salientar que esta tese foi desenvolvida a partir do referencial teórico da Economia Política da Saúde (EPS), que se mostrou extremamente valioso para deslindar as complexas relações estabelecidas no cenário do mercado da hemodiálise, principalmente com relação a lógica das multinacionais. As dimensões analíticas utilizadas (industrial, política e proteção social ) contribuíram para o entendimento deste segmento.

Na dimensão industrial o conceito de “Complexo Econômico-Industrial” foi bastante adequado, principalmente por proporcionar uma compreensão a respeito da lógica que permeia uma área repleta de máquinas, de profissionais de saúde, de insumos e de medicamentos. O entendimento da diálise como uma estrutura produtiva favoreceu a compreensão do funcionamento produtivo, dos determinantes da produção e o

delineamento de um novo cenário, com a incorporação dos serviços pelas empresas estrangeiras. Importante considerar que o financiamento do SUS é um elemento fundamental para a operacionalização dos serviços, principalmente pela sua participação no gasto. Observou-se que os dispêndios financeiros, durante os anos de 2008 a 2017, tiveram como base a remuneração do procedimento da diálise, sendo insuficiente para o suprimento de todas as necessidades da área. Apesar de o financiamento aumentar ao longo do tempo, conforme constatado nesta pesquisa, os recursos financeiros pagos por sessão de diálise não correspondem à totalidade de gastos auferidos pelas clínicas de diálise. Portanto, ao mesmo tempo em que há o aumento da capacidade produtiva, com a cobertura de uma quantidade maior de regiões de saúde, ocorre um movimento de elevação dos custos nos serviços, principalmente com relação à aquisição de filtros, o que proporciona um financiamento crescente, porém insuficiente, pago somente por sessão.

Com relação à dimensão política, o que foi constatado a partir das entrevistas é que há um consenso generalizado de que os custos nos serviços de diálise assumem proporções elevadas, e o financiamento do SUS está muito longe de remunerar as reais necessidades do segmento. Todas as portarias publicadas relacionadas à diálise deixam claro que o procedimento para diálise sofre reajustes constantes ao longo de toda sua história. A preocupação fundamental dos principais atores envolvidos no planejamento da diálise em São Paulo é direcionada aos aspectos financeiros não sendo constatada uma construção de um cenário político que possa delinear um conjunto de medidas para amenizar esse problema de saúde pública. Os atores operam isoladamente, tentando solucionar os seus problemas, sem um movimento conjunto. As decisões relacionadas aos serviços de diálise em São Paulo não são pautadas em discussões compartilhadas, delineando-se um ambiente de difícil planejamento nesse segmento da saúde. As discussões permeiam somente a emissão de novas portarias para o reajuste do procedimento do tratamento para a diálise.

Por fim, com relação à dimensão de proteção social, foi constatado que existem regiões de saúde com necessidade de serviços e que não disponibilizam clínicas de diálise para os pacientes, sendo, portanto, um problema para o acesso. Ainda, outro ponto que merece um esclarecimento é sobre a participação privada na composição da oferta dos estabelecimentos que disponibilizam a diálise. Conforme constatado nesta pesquisa, na maior parte, os serviços de diálise são privados.

Por fim, com a aquisição das clínicas pelas multinacionais, o acesso dos pacientes aos serviços de diálise é um movimento incerto. As multinacionais, a princípio, terão duas alternativas: aumentar o parque instalado e oferecer o tratamento a todos os pacientes do SUS ou disponibilizar o tratamento para um maior número de pacientes de convênios e seguradoras. Com relação à primeira alternativa, haverá um maior poder de negociação das multinacionais perante o SUS. Por outro lado, dada a circunstância de crise financeira, o aumento do dispêndio por procedimento ocorrerá mediante os arranjos políticos que serão delineados no futuro. Ainda, no tocante à segunda alternativa, há uma questão duvidosa perante o comportamento das seguradoras e convênios. Para que ocorra a diminuição desse problema de saúde pública, é de extrema importância a análise das circunstâncias socioeconômicas que permeiam esse cenário de extrema complexidade. Para futuras pesquisas, seria relevante o mapeamento do acesso aos serviços nas regiões de saúde em São Paulo, principalmente para observar se há alguma alteração mediante a aquisição das clínicas por parte das empresas estrangeiras.

## REFERÊNCIAS

ABUD, A.C.F et al. Peritonite e infecção de orifício de saída do cateter em pacientes em diálise peritoneal no domicílio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto (SP, v. 23, n. 5, p. 902-909, set./out. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt\\_0104-1169-rlae-23-05-00902.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00902.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2016.

AGÊNCIA BRASILEIRA DE DESENVOLVIMENTO INDUSTRIAL – ABDI. *Panorama setorial: equipamentos médicos, hospitalares e odontológicos..* Brasília: ABDI, 2008. (Série Cadernos da Indústria ABDI , 257p, v. VII).

ALVARES et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 1903-1910, 2013.

ANDRADE, E. I. G. et al. Pesquisa e produção científica em economia da saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 211-235, mar./abr. 2007.

ARAGÃO, E.; ABREU, G.; LOUREIRO, S. Inovações tecnológicas em saúde e suas implicações para a equidade: evidências da desigualdade na distribuição de equipamentos de diagnóstico no Brasil. In COSTA, L. S.; BAHIA, L.; GADELHA, C. A. G. (Org.). *Saúde, desenvolvimento e inovação*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2015. v. 02. 368p.

ARROW, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, [s.l.], v. 53, , n. 5, p. 941-973, 1963.

ASSIS, M. M. A; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BAIN, J. S. *Industrial organisation*. New York: John Wiley, 1968.

BARBIERI, A. R. et al. Hemodialysis services: are public policies turned to guaranteeing the access? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1505-1516, July 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000701505&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701505&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 mar. 2016.

BARRETO, M.DA S., CARREIRA, L., & MARCON, S.S. (2015, janeiro-março). Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(1), pp. 325-339. ISSN 1516-2567. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

B. BRAUN. SHARING EXPERTISE. *ANNUAL REPORT 2015 – OLE, A LIFE STORY*. HESSEN (GERMANY): 2015.

BERSAN, S. A. L. et al. Letalidade e internações de pacientes em hemodiálise em plano de saúde. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 3, 624-633, 2013.

BLANCHARD, O. *Macroeconomia*. 3 ed. Campinas (SP): [Pearson / Prentice Hall](#), 2004.

BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOBBIO, N. *Democracia e Segredo*. São Paulo: Editora Unesp, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia *Diretrizes metodológicas: estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde*. Brasília: MS, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_economica\\_tecnologias\\_saude\\_2009.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_economica_tecnologias_saude_2009.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica (DRC) no Sistema Único de Saúde*. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_clinicas\\_cuidado\\_paciente\\_renal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf)>. Acesso em: 26 dez. 2018.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Empresas multinacionais e interesses de classe. *Encontros com a Civilização Brasileira*, [s.l.], n. 4, p. 11-27, out. 1978.

CAMPINO, A. C. C. Evolução da economia da saúde no Brasil. In: NITA, M. E. et al. (Org.). *Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CARVALHO, K. B. A atuação do psicólogo no suporte ao doente, família e equipe multiprofissional no processo da humanização hospitalar. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, Belo Horizonte, Ano 4, n.7. p. 14-22, fev./jul. 2008.

CAVALCANTE, F.A. O uso do lúdico em hemodiálise: buscando novas perspectivas na qualidade de atendimento ao paciente no centro de diálise. *Revista Eletrônica da Facimed*, [s.l.], v. 3, n. 3, p. 371-384, jan/jul. 2011. Disponível em: <<http://www.facimed.edu.br/o/revista/pdfs/7fbce1022888ed00b20b880492ae5ca0.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2018.

CESÁRIO, B. B. et al. Vulnerabilidade do SUS em relação à variação cambial: análise da dinâmica de importações de medicamentos e equipamentos de saúde entre 1996 e 2014. *Revista Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 441-456, abr./jun. 2017.

CHESNAIS, F. *A mundialização do capital*. São Paulo: Xamã, 1996.

\_\_\_\_\_; SAUVIAT, C. The financing of innovation-related investment in the contemporary global finance-dominated accumulation regime. In: CASSIOLATO, J. E.; LASTRES, H. M. M.; MACIEL, M. L. (Ed.). *Systems of innovation and development: evidence from Brazil*. Cheltenham: Edward Elgar, 2003. p.61-118.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. et al . Determinantes do uso de serviços de saúde: análise multinível da Região Metropolitana de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 49, n. , p. 1-12, 2015.

CHICK, V. *Macroeconomics after Keynes*. Oxford: Philip Allan, 1983.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE – CONASS. *Assistência de média e alta complexidade no SUS*. Brasília: CONASS, 2007. 248p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progestores\\_livro9.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf)>. Acesso em: 16 abr. 2015.

COUTINHO, N. P. S.; TAVARES, M. C. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 232-239, 2011.

DAVENPORT, A. Portable and wearable dialysis devices for the treatment of patients with end-stage kidney failure: Wishful thinking or just over the horizon? *Pediatric Nephrology*, Berlim, v. 30, n. 12, p. 2053–2060, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4623087>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

DHROLIA, M. F. et al. Reusing dialyzer in low income countries: A good cost saving tactic with complex ethics. *Journal of the Pakistan Medical Association*, [s.l.], v. 67, n. 8, p. 1254-1257, Aug. 2017.

DINIZ, D. P.; CARVALHAES, J. T. A. Equipes multiprofissionais em unidades de diálise: contribuição ao estudo da realidade brasileira. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 88-96, 2002.

FARIA, P. G. S. et al. Reaproveitamento do concentrado gerado por sistema de tratamento de água por osmose reversa em uma clínica de hemodiálise. *Revista Engenharia Sanitária e Ambiental*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, abr./jun. p. 329-336, 2016.

FERNANDES, N. M. S. et al . Geografia da diálise peritoneal no Brasil: análise de uma coorte de 5.819 pacientes (BRAZPD). *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo , v. 32, n. 3, p. 268-274, Sept. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-28002010000300008&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000300008&lng=pt)>. Acesso em: 14 mar. 2016.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012.

FOLLAND, S.; GOODMAN, A. C.; STANO, M. *A economia da saúde*. Tradução de C. Bazan. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FREEMAN, C.; SOETE, L. *A economia da inovação industrial*. Campinas (SP): Editora Unicamp, 2008.

FREEMAN, R.; MORAN, M. A saúde na Europa. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L. (Ed.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002.

FURTADO, C. Os desafios da nova geração. *Revista de Economia Política*, São Paulo, v. 24, n. 4 (96), p. 485-486, out./dez. 2004.

\_\_\_\_\_. *Teoria e política do desenvolvimento econômico*. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Série Os Economistas).

GADELHA, C. A.G. Estudo da competitividade de cadeias integradas no Brasil: impactos das zonas livres de comércio (Cadeia: complexo da saúde). *Nota Técnica Final*. Campinas: IE/Neit/Unicamp, MCT/Finep, MDIC, 2002.

\_\_\_\_\_. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

\_\_\_\_\_; COSTA, L. S.; VIANA, A. L. D. O complexo econômico-industrial da saúde e o desenvolvimento nacional. *Revista Princípios: Teoria, Política e Informação*, São Paulo, p. 10 - 15, ago. 2011.

GARCIA, T. P. *A contribuição da utilização dos recursos artísticos e lúdicos pelo psicólogo hospitalar no tratamento de doentes renais no Hospital do Rim e Hipertensão*. 2004. Monografia (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0043.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2018.

GIOVANELLA, L. et al (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 435-72.

GROSSMAN, S. J.; HART, O. D. The costs and benefits of ownership: a theory of vertical and lateral integration. *The Journal of Political Economy*, [s.l.], v. 94, n. 4, p. 691, 1986.

GURA, V. et al. A wearable artificial kidney for patients with end-stage renal disease. *JCI Insight*, June 2, 2016. Disponível em: <<https://insight.jci.org/articles/view/86397>>. Acesso em: 26 dez. 2018.

HAGEDOORN, J.; SCHAKENRAAD, J. Inter-firm partnerships and co-operative strategies in core technologies. In FREEMAN C.; SOETE, L. (Ed.). *New explorations in the economics of technological change*. Londres: Pinter Publishers. 1990.

HOLLANDA, C.B. *Teoria das Elites*. Rio de Janeiro: ZAHAR, 2011.

HARVEY, D. *O enigma do capital e as crises do capitalismo*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2010.

HAZARIKA, S.; DUTTA, A. R. Healthcare technology: a domain of inequality. *Advances in Applied Sociology*, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 85-92, 2013.



INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Conta-Satélite de Saúde: Brasil: 2010-2013*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 67p. (Contas Nacionais, n. 48). Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95012.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. *Perspectivas para 2008. Desafios do desenvolvimento*, Brasília, Ano 5, n. 39, janeiro 2008. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6978/1/Desafios\\_Desenvolvimento\\_v.5\\_n.39\\_2008.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6978/1/Desafios_Desenvolvimento_v.5_n.39_2008.pdf)>. Acesso em: fev. 2017.

JESUS, W. L. A. DE; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

JHA V. et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet*, [s.l.], v. 382, n. 9888, p. 260-272, 2013.

KEYNES, M. K. *A teoria geral do emprego, do juro e da moeda*. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996 (Coleção Os Economistas).

KINGDON, J. W. *Agendas, alternatives, and public policies*. 3. ed. Nova York: Harper Collins, 2003.

KON, A. *Economia industrial*. São Paulo: Nobel, 1999.

KOROTAYEV, A.; TSIREL, S. A spectral analysis of world GDP dynamics: kondratieff waves, kuznets swings, juglar and kitchin cycles in global economic development, and the 2008-2009 economic crisis. *Structure and Dynamics*, [s.l.], v. 4, n. 1, p. 3-57, 2010.

LANDIM, A. et al. Equipamentos e tecnologias para a saúde: oportunidades para uma inserção competitiva da indústria brasileira. *BNDES Setorial 37*, Rio de Janeiro, p. 173-226, 2013. Disponível em: <[https://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes\\_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/bnset/set3705.pdf](https://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/bnset/set3705.pdf)>. Acesso em: 26 dez. 2018.

LOUVISON, M. C. P. et al. Prevalência de pacientes em terapia renal substitutiva no estado de São Paulo. *Saúde em Dados - Contextualização*. GAIS-Grupo Técnico de Avaliação e Informação em Saúde. *Bepa*, São Paulo, v. 8, n. 95, p. 23-42, 2011.

MACHADO, E. L. et al. Fatores associados ao tempo de espera e ao acesso ao transplante renal em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2315-2326, dez. 2012.

MALDONADO, J. et al. A dinâmica inovativa do subsistema de base mecânica, eletrônica e de materiais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, Supl., p. 29-36, 2012.

MARX, K. *O capital*. Para crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980. Livros I, II e III.

MATHIAS, W. F.; GOMES, J. M.. *Matemática financeira*. São Paulo: Atlas, 2009.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. A Saúde pública sob a batuta da nova ordem. In: MARQUES, R. M.; JANSEN FERREIRA, M. (Org.). *O Brasil sob a nova ordem*. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 267-286.

MENEZES, F.G. et al. Panorama do tratamento hemodialítico financiado pelo Sistema Único de Saúde - Uma perspectiva econômica. *J Bras Nefrol*. 2015;37(3):367-378

METTEN, A. et al. A introdução do complexo econômico industrial da saúde na agenda de desenvolvimento: uma análise a partir do modelo de fluxos múltiplos de Kingdon. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 915-936, jul./ago. 2015.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO – MCTI. Secretaria Executiva. *Estratégia nacional de ciência, tecnologia e inovação, 2012-2015*. Balanço de atividades estruturantes 2011. Brasília, 2012.

MIRANDA, G. M. D; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Os desafios do envelhecimento populacional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MOWERY, D. C; ROSENBERG, N. *Trajetórias da inovação: a mudança tecnológica nos Estados Unidos da América no século XX*. Campinas (SP): Editora Unicamp, 2005.

NEVES JR, M. A. et al. Et al. Avaliação da perviedade precoce das fistulas para hemodiálise. *Jornal Vascular Brasileiro*, [s.l.], v. 10, n. 2, p. 105-109, 2011.

NORITOMI, D. T. et al. Avaliação de custo-efetividade da passagem de Cateter Venoso Central (CVC) na Hemodiálise. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 62-69, 2016.

OLIVEIRA, F. *Os direitos do antivalor – a economia da hegemonia imperfeita*. Petrópolis (RJ): Vozes, 1998.

OVERHOLT, C. A.; SAUNDERS, M. K. *Policy choices and practical problems in health economics: cases from Latin America and the Caribbean*. Washington: The World bank, 1996.

PENROSE, E. A economia da diversificação. *Revista de Administração de Empresas*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 7-30, 1979.

PESCUMA JR., A. *O financiamento da média e alta complexidade do SUS: uma análise dos recursos financeiros da terapia renal substitutiva*. 2013. Dissertação (Mestrado em Economia) - Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuária, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

PINDYCK, R. S.; RUBINFELD, D. L. *Microeconomia*. 6. ed. São Paulo: Pearson. Prentice Hall, 2010.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.). *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: Ipea, 1995.

PORTER, M. E. *Competition in global industries*. Boston: Harvard Business School Press, 1986.

PRADO, E. *Desmedida do valor: crítica da pós-grande indústria*. São Paulo: Xamã, 2005.

PREBISCH, R. The economic development of Latin America and some of its principal problems. Santiago: Cepal, 1949.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D.da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 19, p.27-34, 2003.

RESENDE, M. C. de et al. Atendimento psicológico a doentes com Insuficiência Renal Crônica: em busca de ajustamento psicológico. *Revista Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 87-99, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v19n2/a07v19n2.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2018.

RIBEIRO, M. C. S. de A.; BARATA, R. B. Condições de saúde da população brasileira. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012.

RODRIGUES, N. T. U.; SAAB, F. *Tributos incidentes sobre o setor de produtos para a saúde*. Brasília: Anvisa, 2006. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412118/Tributos+incidentes+sobre+o+setor+de+produtos+para+sa%C3%BAde/4eb639c6-26ba-47be-bb79-653932466ca6>>. Acesso em: 26 dez. 2018.

RONCO, C.; DAVENPORT, A.; GURA, V. The future of the artificial kidney: moving towards wearable and miniaturized devices. *Nefrologia*, [s.l.], v. 31, n. 1, p. 9-16, 2011.

ROSANVALLON, P. *A nova questão social: repensando o Estado Providência*. Tradução de S. Bath. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

SCHUMPETER, J. A. *Capitalism, socialism and democracy*. 3 ed.. New York: Harper & Row Publishers, 1976.

SEN, A. *A ideia de justiça*. Coimbra: Almedina, 2010.

SERFATI, G. Os limites do poder das empresas multinacionais – o caso do Protocolo de Cartagena. *Ambiente & Sociedade*, Campinas (SP), v. XI, n. 1, p. 117-130, jan./jun. 2008.

- SESSO, R.C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, [s.l.], v. 38, n. 1, p. 54-61, 2016.
- SILVA, R. A. R. et al. Estratégias de enfrentamento de pacientes em hemodiálise. *Escola Anna Nery*, [s.l.], v. 20, n. 1, p. 147-154, 2016.
- SILVA, H. P. Dimensões da saúde no Brasil: proteção social, inovação tecnológica e acumulação de capital. 2007. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- SNOWDON, B.; VANE, H. R. *Modern macroeconomics*. Massachusetts: Edward Elgar Publishing, 2005.
- SPÍNOLA, C. G.; OLIVEIRA, L. A. de.; SCHUENGUE, C. M. de. O. L. O impacto da portaria 2.042 nos serviços de terapia renal substitutiva. *Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde*, [s.l.], v. 3, n. 1, p. 137-147, 2008.
- STOPA, S. R. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, Supl 1:3s, 2017.
- SZUSTER, D. A. C. et al. Sobrevida de pacientes em diálise no SUS no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 415-424, mar, 2012.
- TAVARES, J. M. A. B. et al. Peritoneal dialysis: family care for chronic kidney disease patients in home-based treatment. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1107-1113, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0262>.
- TOPFER, L.A. *Wearable artificial kidneys for end-stage kidney disease*. Ottawa: CADTH, 2017 Jan. (CADTH issues in emerging health technologies; issue 150).
- TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde**. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012.
- VARIAN, H. R. *Microeconomia: princípios básicos*. São Paulo: Elsevier Editora, 2003.
- VERAS, R. Envelhecimento, demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.
- VIANA, A. L. D.; SILVA, H. P. Economia e saúde. In: IBANES, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. A. (Org.). *Política e gestão pública em saúde*. São Paulo: Hucitec, Cealag, 2011. p. 55-74.
- VIANNA S. M. et al. *Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades regionais no acesso e no financiamento*. Volume I. Brasília: MS/SCTIE/DES/IPEA, 2005.
- \_\_\_\_\_. *Evolução e perspectivas da pesquisa em economia da saúde no Brasil*. Brasília: Ipea, 1998.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Expenditure Database. The World Bank. Data, 2015. Disponível em:  
<<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS>>. Acesso em: fev. 2016.

YIN, R. K. *Estudo de caso – planejamento e métodos*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.