

Arqueologia das Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

5



Anna Paula Lombardi
(Organizadora)

 **Atena**
Editora

Ano 2019

Anna Paula Lombardi
(Organizadora)

**Arqueologia das Ciências Humanas e Sociais
Aplicadas
5**

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

A772 Arqueologia das ciências humanas e sociais aplicadas 5 [recurso eletrônico] / Organizadora Anna Paula Lombardi. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Arqueologia das Ciências Humanas e Sociais Aplicadas; v. 5)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-052-0

DOI 10.22533/at.ed.520191701

1. Ciências humanas. 2. Identidade de gênero. 3. Serviço social.
I. Lombardi, Anna Paula. II. Série.

CDD 372.8

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “Arqueologia das Ciências Humanas e Sociais Aplicadas” aborda uma série de livros de publicação da editora Atena. O volume 5, apresenta 33 capítulos sobre os aspectos diversos das Ciências Humanas. Os temas têm como peculiaridade exibir no contexto atual as situações vinculadas a gestão de saúde, a questão de gênero, mulheres e vulnerabilidades, o papel do Serviço Social na sociedade e a política social na contemporaneidade.

Com o enfoque de contribuir no bem estar do coletivo e a integração desses no âmbito da sociedade são as principais preocupações expostas nos capítulos. A obra contribui na ampla relevância dos aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos e através da complexidade dos fatos reais, tem como característica dar visibilidade a importância da formulação de políticas públicas no Brasil.

A importância desses estudos, estão evidenciados na formação em nível de graduação e pós-graduação de acadêmicos registrando um salto quantitativo e qualitativo nas últimas décadas corroborando com a relevância dos temas abordados.

Aos leitores desta obra, que ela possa inspirar a criação de novos e sublimes estudos, proporcionando discussões e propostas para um conhecimento significativo.

Anna Paula Lombardi

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
AGENDAS REALIZADAS NA ÁREA DA SAÚDE: OBJETIVOS, AÇÕES E RESULTADOS DOS GOVERNOS FHC E LULA <i>Oleg Abramov</i>	
DOI 10.22533/at.ed.5201917011	
CAPÍTULO 2	16
CONSELHOS DE SAÚDE: A PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS ESTADUAIS DO RIO GRANDE DO SUL (CES/RS) <i>Maria Alice Gabiatti Alessio</i> <i>Ronaldo Bordin</i> <i>Roger dos Santos Rosa</i>	
DOI 10.22533/at.ed.5201917012	
CAPÍTULO 3	31
GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: A FUNDAÇÃO ESTATAL DE DIREITO PRIVADO E AS REPERCUSSÕES PARA OS TRABALHADORES <i>Luciene Rodrigues da Silva Garcia Augusto</i>	
DOI 10.22533/at.ed.5201917013	
CAPÍTULO 4	42
INOVAÇÃO SOCIAL: UM ESTUDO DE CASO DO PROJETO MÃO AMIGA <i>Cassiane Chais</i> <i>Jaime João Bettega</i> <i>Adrieli Alves Pereira Radaelli</i> <i>Oberdan Teles da Silva</i> <i>Paula Patrícia Ganzer</i> <i>Pelayo Munhoz Olea</i> <i>Eric Charles Henri Dorion</i>	
DOI 10.22533/at.ed.5201917014	
CAPÍTULO 5	56
POLÍTICA DE SAÚDE: TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL E DIREITOS HUMANOS <i>Neimy Batista da Silva</i> <i>Danúbia de Brito Rodrigues Silva</i> <i>Adelaine da Silva Santos de Jesus</i>	
DOI 10.22533/at.ed.5201917015	
CAPÍTULO 6	66
PROTEÇÃO SOCIAL E SAÚDE MENTAL DE UNIVERSITÁRIOS NA UFF CAMPOS <i>Alessandra de Muros Xavier</i>	
DOI 10.22533/at.ed.5201917016	
CAPÍTULO 7	76
VOZES DE MULHERES: O “APRENDER A FALAR” A PARTIR DOS CLUBES DE TROCA E NOVAS POSICIONALIDADES <i>Maria Izabel Machado</i>	
DOI 10.22533/at.ed.5201917017	

CAPÍTULO 8	89
VIOLÊNCIA SIMBÓLICA E ESTUPRO DE VULNERÁVEL: UMA ANÁLISE DE DISCURSO DE REPORTAGENS DO G1	
<i>Julia Mello dos Santos</i>	
<i>Karen Costa Krüger</i>	
DOI 10.22533/at.ed.5201917018	
CAPÍTULO 9	94
TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO E REPERCUSSÕES PARA O SERVIÇO SOCIAL: INTERFACES DA FEMINIZAÇÃO E PRECARIZAÇÃO	
<i>Solange dos Santos Silva</i>	
DOI 10.22533/at.ed.5201917019	
CAPÍTULO 10	105
TRABALHO FEMININO? A CONFIGURAÇÃO DE GÊNERO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL	
<i>Diego Tabosa da Silva</i>	
<i>Noêmia de Fátima Silva Lopes</i>	
<i>Rafaelle Vanny</i>	
DOI 10.22533/at.ed.52019170110	
CAPÍTULO 11	117
APOLOGIA À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA MÚSICA	
<i>Elaine Silva Alegre</i>	
<i>Liliane Capilé Charbel Novais</i>	
<i>Marilza de Fátima Souza</i>	
<i>Rozimeire Stiko Shimizu</i>	
DOI 10.22533/at.ed.52019170111	
CAPÍTULO 12	129
BUNDA: RAÇA E POLÍTICA VISUAL NO BRASIL	
<i>Ana Paula Garcia Boscatti</i>	
<i>Joana Maria Pedro</i>	
DOI 10.22533/at.ed.52019170112	
CAPÍTULO 13	143
AS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS E O MOVIMENTO DE RECONCEITUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL	
<i>Letícia Pereira Dourado</i>	
<i>Lilian Fernanda Silva</i>	
<i>Dameres Gonçalves Martins</i>	
<i>Daniele Lopes Ferreira</i>	
DOI 10.22533/at.ed.52019170113	
CAPÍTULO 14	154
POLÍTICA SOCIAL NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO: REBATIMENTOS SOBRE ASSISTÊNCIA SOCIAL	
<i>Mayéwe Elyênia Alves dos Santos</i>	
<i>Palloma Maria Gomes Jácome</i>	
DOI 10.22533/at.ed.52019170114	

CAPÍTULO 15	165
SERVIÇO SOCIAL E PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO NA ÁREA DA POLÍTICA SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE	
<i>Ângela Kaline da Silva Santos</i>	
<i>Lucicleide Cândido dos Santos</i>	
<i>Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida</i>	
DOI 10.22533/at.ed.52019170115	
CAPÍTULO 16	173
PÓS-MODERNISMO E OS ENTRAVES E DESAFIOS POSTOS AO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE	
<i>Bismarck Oliveira da Silva</i>	
<i>Maria Tereza de Oliveira</i>	
DOI 10.22533/at.ed.52019170116	
CAPÍTULO 17	185
ADOÇÃO DE CRIANÇAS BRASILEIRAS NA EUROPA: O PERCURSO DAS FAMÍLIAS ITALIANAS	
<i>Gisele Caroline Ribeiro Anselmo</i>	
DOI 10.22533/at.ed.52019170117	
CAPÍTULO 18	200
TRANSVERSALIDADE DE GÊNERO E INTERSECCIONALIDADES NA PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE: DESAFIOS PARA A DOCTRINA DA PROTEÇÃO INTEGRAL	
<i>Mirna Carriel Cleto</i>	
<i>Marcos Claudio Signorelli</i>	
DOI 10.22533/at.ed.52019170118	
CAPÍTULO 19	214
REDEMOCRATIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO DO PODER LEGISLATIVO NA POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA	
<i>Nayanna Sabiá de Moura</i>	
DOI 10.22533/at.ed.52019170119	
CAPÍTULO 20	229
REVISITANDO O PENSAMENTO DO GUNNAR MYRDAL E AMARTYA SEN SOBRE O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL	
<i>Nilton Marques de Oliveira</i>	
<i>Udo Strassburg</i>	
DOI 10.22533/at.ed.52019170120	
CAPÍTULO 21	243
CAPITALISMO MONOPOLISTA, QUESTÃO SOCIAL E FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SERVIÇO SOCIAL	
<i>Mayra Hellen Vieira de Andrade</i>	
<i>Ingrid Stephany Freire da Silva</i>	
<i>Angely Dias da Cunha</i>	
<i>Nirleide Dantas Lopes</i>	
DOI 10.22533/at.ed.52019170121	

CAPÍTULO 22 256

O QUE SE FALA DAQUELES A QUEM NÃO SE DÁ OUVIDOS: IMPRENSA E MORADORES DE RUA EM CUIABÁ-MT E REGIÃO

Juliano Batista dos Santos

Juliana Abonizio

DOI 10.22533/at.ed.52019170122

CAPÍTULO 23 270

ANÁLISE DA LÓGICA DE PENSAMENTO DE THOMAS KUHN E KARL POPPER FACE A SOCIOLOGIA

Nei Alberto Salles Filho

Daniele Cristina Bahniuk Mendes

Thais Cristina dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.52019170123

CAPÍTULO 24 280

COMPARECIMENTO, ALIENAÇÃO ELEITORAL E O ÍNDICE DE FRACIONALIZAÇÃO

Franklin Soldati

DOI 10.22533/at.ed.52019170124

CAPÍTULO 25 294

CONSTRUÇÃO DA POSIÇÃO DO GOVERNO BRASILEIRO REFERENTE À PLATAFORMA DE AÇÃO DE PEQUIM: PRIMÓRDIOS E ATUALIDADE

Ana Luci Paz Lopes

DOI 10.22533/at.ed.52019170125

CAPÍTULO 26 309

DO “MEU EU-BEIJU” À PESQUISA - AS MINAS DO CORRE: MULHERES QUE TRABALHAM NO COMÉRCIO DE DROGAS

Patricia Baptista Guerino

Marlene Tamanini

DOI 10.22533/at.ed.52019170126

CAPÍTULO 27 324

IMPACTOS DO NEOLIBERALISMO NA PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRA

Maria Isabel Lopes Perez

DOI 10.22533/at.ed.52019170127

CAPÍTULO 28 335

ÍNDICES DE GERAÇÃO DE SEGURANÇA HUMANA: APLICAÇÃO COMPARADA AOS CASOS DO PERU E COLÔMBIA

Fábio Rodrigo Ferreira Nobre

DOI 10.22533/at.ed.52019170128

CAPÍTULO 29 354

REFLEXÕES SOBRE OS IMPACTOS DA REFORMA TRABALHISTA PARA OS “NOVOS ROSTOS” DA IMIGRAÇÃO NO BRASIL

Vanito Ianium Vieira Cá

Jussara Maria Rosa Mendes

DOI 10.22533/at.ed.52019170129

CAPÍTULO 30	368
INDIVIDUALISMO METODOLÓGICO, AÇÃO COLETIVA E ESCOLHA RACIONAL: QUAIS SÃO OS EFEITOS DESSA INTERAÇÃO PARA A QUALIDADE DA DEMOCRACIA BRASILEIRA?	
<i>Mariana Dionísio de Andrade</i> <i>Rodrigo Ferraz de Castro Remígio</i>	
DOI 10.22533/at.ed.52019170130	
CAPÍTULO 31	385
O ESTADO DA ARTE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES: UMA REVISÃO DA LITERATURA NA PERSPECTIVA DE GÊNERO	
<i>Geovana Azevedo da Costa</i> <i>Olívia Cristina Perez</i>	
DOI 10.22533/at.ed.52019170131	
CAPÍTULO 32	401
O PAPEL DO ESTADO CAPITALISTA E SUAS “NOVAS” CONFIGURAÇÕES FRENTE A QUESTÃO SOCIAL	
<i>Ingridy Lammonikelly da Silva Lima</i> <i>Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida</i> <i>José Rangel de Paiva Neto</i>	
DOI 10.22533/at.ed.52019170132	
CAPÍTULO 33	409
ZERO HORA E CRISE POLÍTICA NO RIO GRANDE DO SUL: ANÁLISE DA COBERTURA DO JORNAL SOBRE O GOVERNO ESTADUAL EM 2015	
<i>Rodolfo Silva Marques</i> <i>Bruno da Silva Conceição</i> <i>Luciana Pazini Papi</i>	
DOI 10.22533/at.ed.52019170133	
SOBRE A ORGANIZADORA	425

AGENDAS REALIZADAS NA ÁREA DA SAÚDE: OBJETIVOS, AÇÕES E RESULTADOS DOS GOVERNOS FHC E LULA¹

Oleg Abramov

Doutor em Ciências Sociais – UFJF/PPGCSO
Superintendente Regional de Saúde – Secretaria
de Estado de Saúde/MG
Juiz de Fora – MG

KEYWORDS: social agenda; governments FHC and Lula; health policy.

1 | INTRODUÇÃO

RESUMO: O propósito do trabalho é analisar as agendas de saúde dos governos FHC e Lula segundo uma perspectiva que considera o enredo institucional e a ação dos atores constituídos na defesa de pautas públicas. Busca-se captar o perfil de relação Estado e mercado subjacente a cada qual e seus efeitos sobre as modalidades de estratificação, desmercadorização e desfamiliarização produzidos pela política de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: agenda social; governos FHC e Lula; política de saúde.

ABSTRACT: The purpose of the paper is to analyze the health agendas of the governments FHC and Lula, according to a perspective that considers the institutional plot and the action of the actors constituted in the defense of public guidelines. It seeks to capture the profile of the relationship between the State and the market that underlies each one and its effects on the modalities of stratification, demeritorization and defamiliarization produced by health policy.

1 Versão anterior foi publicada nos anais do 8º Seminário Nacional Sociologia & Política, UFPR, Curitiba, maio de 2017.

que apoia os princípios do sistema de saúde tal qual inscritos na Constituição de 1988.

2 | ORIENTAÇÃO TEÓRICA

A investigação é orientada pela convergência de duas perspectivas teóricas, o neoinstitucionalismo histórico e os recursos de poder. A primeira, enfatiza os efeitos institucionais, os condicionantes contextuais que interferem nas escolhas, se interessa pelas regras do processo decisório e o impacto que produzem nas propostas políticas, além de enfatizar a trajetória e os efeitos produzidos pelas decisões e políticas pretéritas (SKOCPOL, 1995; PIERSON, 2009). De acordo com esta perspectiva, os governos são capazes de gerar e consolidar suas políticas públicas de maneira autoreferenciada desde que consigam superar vetos (IMMERGUT, 1996).

Esping-Andersen (1990; 1999), enfatiza quatro variáveis que se articulam. A primeira delas envolve a combinação das relações entre Estado, mercado e família na produção de bem-estar. Quer dizer, em qual proporção o sujeito depende da família, do mercado ou do Estado para adquirir condições mínimas de sobrevivência e bem-estar, além de refletir se o Estado fornece benefícios de qualidade a poucos, alguns ou a todos cidadãos ou se encoraja ou não a obtê-los no mercado. Quando a política social produz efeitos em arranjos tradicionais de bem-estar fortemente relacionados à dependência familiar, diz-se que produziu desfamilarização. A terceira refere-se à estratificação social realizada pela efetivação de direitos, ou seja, verifica a maneira como a política social atua no sentido de subverter o sistema de estratificação existente opondo-o a uma nova modalidade de ordenamento social. A política pode estigmatizar o beneficiário, aprofundar divisões entre categorias profissionais, ou, inversamente, promover igualdade de *status* uniformizando formalmente sujeitos através da padronização dos direitos. A quarta, diz respeito a dimensão desmercadorizadora da política pública, o que envolve as noções de liberdade e empoderamento, e é compreendida como oportunidade de encontrar os meios de sobrevivência e bem-estar fora do mercado de trabalho.

3 | AGENDA DE SAÚDE E SEUS ENREDAMENTOS INSTITUCIONAL E SOCIAL

A comparação entre os dois governos na área da saúde começa pela constatação empírica de que ambos têm sua margem de ação igualmente limitadas por dois condicionantes: a institucionalidade do sistema já em processo de implantação e a atuação do ator SUS. Consequentemente, verifica-se um processo contínuo de efetivação do previsto no texto constitucional que circunscreve as ações adotadas e torna as mudanças incrementais.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu os parâmetros para o desenho do SUS baseado em um híbrido público-privado. O direito é público e universal, porém

a oferta pode ser tanto pública quanto privada. Na prática, os governos contratam expressiva quantidade de serviços e adquirem a imensa maioria de produtos, com destaque para medicamentos, no mercado. Além disso, a mesma Constituição prevê outra oferta, a de contratação voluntária de planos de saúde privados. Além da Carta Magna, até 1995, leis complementares (com destaque para a Lei nº. 8.080/90) e duas Normas Operacionais Básicas (NOBs 1991 e 1993) moldaram o Sistema Único de Saúde, de maneira que as ações adotadas dali por diante precisaram ser mediadas por aquilo que tais institucionalizaram.

Além disso, cada qual precisou considerar a existência de um ator fortemente mobilizado em relação ao tema. A institucionalidade do SUS não se limita ao desenho da política, caracterizada pelo compromisso com a universalidade e integralidade, mas constitui instâncias decisórias próprias, como os conselhos, fóruns intergestores e conferências. Segundo Arretche (2002), a política de saúde desenvolveu mecanismos de indução a cooperação que favorecem o surgimento desse ator particular, composto pela unidade da militância do movimento social, profissionais, técnicos, intelectuais e de gestores de saúde, aqui identificado em seu conjunto como sendo o “ator SUS”.

Para Paim (2007), durante o processo de implantação do SUS, houve um deslocamento das bases de sustentação política do movimento sanitário. Após a Constituição, os gestores representados pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) assumiram parte do protagonismo da defesa do Sistema Único ao lado do Conselho Nacional de Saúde. A implantação dos conselhos locais e a instituição de fóruns de pactuação intergestores, por sua vez, provocaram o surgimento de novos apoiadores nos planos municipal e regional.

Importante mencionar que Menicucci (2008) considera que a vinculação individual dos membros à heterogêneas forças políticas cria fissuras e dificulta a capacidade de ação concertada desse grupo. Porém, o protagonismo social não encontra outro agente senão este, ainda que débil. A própria Menicucci (2007) realça que, por exemplo, a extensa maioria dos trabalhadores sindicalizados, historicamente afeitos à defesa de direitos, encontra-se amparada por planos privados, conseqüentemente, os interesses corporativos corroeram seu compromisso com a defesa do SUS, tornando-o mais formal que concreto. Na ausência deste ou de outro minimamente organizado, resta ao ator SUS a defesa efetiva do Sistema.

As resoluções das Conferências Nacionais de Saúde são adotadas para identificar o que há de acordo e o que unifica este heterogêneo grupo e que, portanto, pode se atribuir como sua opinião ou como a disposição do ator SUS. Embora as conferências agreguem uma diversidade maior de elementos sociais, o reconhecimento pela bibliografia da baixa participação de empresários, predomínio das teses sanitaristas nas posições adotadas, além do incontestado compromisso com o SUS, defesa e desenvolvimento, avalizam tal escolha metodológica. Outras opções, como as instâncias intergestores ou o Conselho Nacional, no que pese sua atuação

cotidiana, não dariam conta de agrupar todas as variantes de segmentos que se fazem representar na conferência.

4 | GOVERNOS FHC E LULA E A AGENDA DE SAÚDE

O governo FHC objetivou adequar a agenda social aos imperativos da política econômica contencionista e da administração gerencial. Sua proposta foi apresentada no documento “Uma estratégia de desenvolvimento social” (BRASIL, 1996) que afirmava sua subordinação à estabilização monetária. Entretanto, o Executivo confrontava-se com legislação e políticas herdadas e com a resistência dos atores de veto, o que condicionava suas possíveis rotas de ação. A resultante da interação do governo com capitalistas e trabalhadores e destes e outros atores com um ambiente no qual vicejavam políticas já institucionalizadas, determinou a montagem de uma agenda social que se desenrolava em dois sentidos. Na dimensão das políticas pré-existentes foram realizadas revisões pontuais, que buscavam aproximá-las dos requisitos financeiro-administrativos perseguidos, enquanto na dimensão das novas políticas, o Executivo desenvolveu estratégias que se encontravam plenamente adaptadas aos seus propósitos mais gerais. Enquanto na segunda estão as ações de enfrentamento à fome e a pobreza, é na primeira dimensão que se identificam as medidas adotadas na área da saúde.

Através Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/SUS 96) e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001, o governo FHC delineou suas principais iniciativas. Para efetivar a agenda restritiva e buscar circular vetos possivelmente interpostos pelo ator SUS, se apropriou dos próprios princípios do sistema resignificando-os. Por exemplo, a NOB/SUS 96 reforçava a atenção básica, porém, segundo ambições focalizantes. Associava o princípio do cuidado básico com a priorização dos segmentos de “baixa renda”, em detrimento à noção de “para todos”. A tentativa de reservar o sistema público para os mais pobres era acompanhado pelo estímulo para que os demais segmentos consumissem no mercado seus produtos e serviços de saúde. Para tanto, a variante suplementar foi igualmente reforçada naquele período através de regulamentação e da criação da Agência Nacional de Saúde (ANS).

O desenho do SUS é essencialmente municipalista, porém, a proposta de descentralização, tal como realizada, tornou-se artifício de contenção de gastos através da transferência de responsabilidades para estados e municípios sem necessária contrapartida financeira. As Organizações Sociais, por sua vez, passaram a figurar como alternativa de gestão dos equipamentos públicos estatais através de entidades terceiras, imunizando os governos subnacionais, sobretudo municipais, da obrigação de recrutar pessoal em regime estatutário.

Este propósito contradizia o desenho do SUS enquanto sistema universal e

integral. A relação público-privada já prevista no desenho do Sistema Único permitiu avançar com propósitos privatizantes e o gerencialismo se efetivou na criação da figura Organizações Sociais. Já na dimensão do financiamento, destacam-se a instituição do Piso Nacional da Atenção Básica (PAB), a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) e a Emenda Constitucional 29 (EC 29).

O PAB era a referência *per capita* de recursos para financiamento federal daquilo que seria executado por estados e municípios no âmbito da atenção básica. Objetivava formalmente estabelecer cobertura universal, porém, na prática, voltou-se aos segmentos sociais de baixa renda e municípios mais pobres. Seguindo a nova modalidade de transferência “fundo a fundo”, era composto de duas parcelas, uma fixa, baseada no número de habitantes, e outra variável, condicionadas à adesão aos programas federais e cumprimento de metas. A CPMF cuja aprovação dependeu do empenho do Ministro Jatene, sofreu oposição de banqueiros (FEBRABAN), de capitalistas (CNI e FIESP), da esquerda (PT e CUT) e de setores do próprio governo (COSTA, 2002). Após a implantação, o Ministro acusou a área econômica de ter alterado seu propósito original desviando para o serviço da dívida e tornando-o mecanismo de equilíbrio financeiro. Já a EC 29 constitui uma derrota do grupo ortodoxo do governo insulado nos órgãos de gestão econômica que foi enfaticamente contrária à vinculação orçamentária. As resistências acabaram restringindo a proposta, que determinou mínimos pré-definidos apenas para os recursos municipais e estaduais. Sua efetivação, no entanto, foi retardada devido à falta de legislação complementar que a regulamentasse.

Em relação as medidas do governo FHC, o comportamento do ator SUS foi ambíguo, conforme se pode verificar nas resoluções das Conferências Nacionais de Saúde. Em alguns aspectos critica o governo e em outros lhe oferece apoio. Mas sua atuação mais interessante se deu no apoio aos ministros da saúde quando estes se confrontaram com o grupo que dirigia a economia.

Os relatórios da 10^a Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998) e da 11^a Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001) demonstram a opinião crítica do ator SUS quanto a orientação neoliberal do governo tucano, avaliando que esta colocava em risco os propósitos universalizantes do sistema, principalmente através da contenção financeira e orçamentária. Também criticam a reforma administrativa, o gerencialismo, e acusam o ajuste fiscal como causador de deterioração das condições de vida da população levando ao aumento do adoecimento. Porém, não obstante as críticas à orientação geral do governo FHC, a posição variou de acordo com as medidas adotadas. As iniciativas de descentralização foram enaltecidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998), a NOB/SUS 96 foi referendada, ressaltando suas pretensões focalizadoras, enquanto o PAB teve apoio expresso na 11^a Conferência Nacional de Saúde. A questão da relação público-privada foi criticada nos aspectos relacionados à terceirização e a privatização, conseqüentemente, a instituição das Organizações Sociais foi combatida; mas seguiu favorável à contratualização com

prestadores não estatais (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998; 2001). Com relação ao problema do financiamento, na contramão das preferências de capitalistas (CNI e FIESP) e da própria esquerda (CUT e PT), defendeu a instituição da CPMF como solução provisória e apoiou a vinculação orçamentária. Neste último caso, o ator SUS articulou com o Ministro José Serra a aprovação da medida e foi peça fundamental para a formação do consenso necessário em torno do tema.

No caso do governo Lula a política social, particularmente as medidas de combate à fome e a pobreza, figurou como eixo que perpassou tanto a dimensão da estratégia de reforço político do presidente quanto o projeto econômico de constituir no país um mercado de consumo de massas. Na primeira dimensão, principalmente a Política Focalizada de Transferência de Renda, foi tanto um instrumento de reforço da relação com as organizações populares e sindicais, já identificadas com o PT e Lula, quanto de ampliação do apoio eleitoral. Retirar pessoas da condição de pobreza é compatível com o compromisso histórico do Partido dos Trabalhadores, de maneira que esta política permitiu manter laços com organizações populares e dos trabalhadores, mesmo quando enfrentou desgastes e se viu envolvido com denúncias, ainda que não tivesse cumprido parte da agenda progressista, como a reforma agrária e a tributação de fortunas. A transferência de renda beneficiou a população mais pobre concentrada nas regiões norte e nordeste, aumentando de maneira assimétrica, a força do presidente em relação à do seu partido nos setores sociais tradicionalmente identificados com o conservadorismo, e imprimiu simultâneo desgaste aos oponentes e aliados à direita. No caso da estratégia econômica, a mesma, associada ao aumento do salário mínimo e a oferta de crédito, aqueceu o mercado, inserindo segmentos anteriormente excluídos ao consumo de massas.

No caso específico da saúde, Lula não imprimiu reorientação em relação ao período imediatamente anterior. A saúde suplementar continuou se expandindo, a oferta privada de serviços manteve a tendência de crescimento, com destaque para a política de atenção farmacêutica na qual foi introduzido o duplo pagamento. Dentre as discrepâncias, destaca-se a elevação do orçamento do SUS, a importância dada à construção de equipamentos públicos e para ciência e tecnologia. Além disso, conferiu maior autonomia administrativa e financeira para os entes federados alocarem seus recursos através da instituição dos Blocos de Financiamento.

O maior impacto na saúde da população, e a inovação mais interessante, ocorreu não na política setorial, mas fora dela. Com a elevação da renda da população e a melhoria nas condições de vida realizadas pela política de combate a pobreza, os condicionantes de saúde foram impactados positivamente (MENICUCCI, 2011).

Boa parte das medidas adotadas já se encontravam em germe nas posições que vinham sendo debatidas nas Conferências Nacionais de Saúde, o que revela sinergia do governo com o ator SUS. Exemplos são a melhoria na atenção às urgências, que ensejou a criação da Rede de Urgência e Emergência com seus componentes fixos e móveis, e na área da saúde bucal, com o Programa Brasil Sorridente. Na área de

assistência farmacêutica, foi desenhado um programa que evoluiu para uma modalidade de parceria com a rede varejista que, uma vez conveniada, passava a distribuir ou vender com preços mais acessíveis em função de subsídios governamentais. Além disso, o Executivo atendeu ao anseio de ampliação da autonomia dos entes federados na gestão de seus recursos, com o Pacto pela Saúde e a instituição dos já citados Blocos de Financiamento. Destaca-se também que as diretrizes de combate à exclusão social e de fortalecimento da participação social, são alguns outros aspectos marcantes da agenda de saúde do governo Lula (MACHADO e BAPTISTA, 2012, p. 153) que tocam nas demandas do ator SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Mas também houve pontos de desacordo, tais como a proposta de criar fundações públicas de direito privado para a gestão de serviços públicos. A 13ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) rejeitou a proposta de gestão privada dos hospitais estatais alegando ser uma ameaça de “privatização do SUS”.

5 | EFEITOS DAS AGENDAS NA SAÚDE

Em conformidade do que se objetiva nesta seção, na primeira parte serão analisados os aportes financeiros voltados para ações e serviços de saúde. Em seguida, serão observados efeitos possíveis ou efetivos da orientação empreendida tais como, as dimensões da relação público-privado e o peso familiar na provisão de saúde.

O primeiro gráfico, apresenta os gastos com saúde ao longo dos dois governos sob análise comparando a execução orçamentária do Ministério da Saúde relação ao PIB.

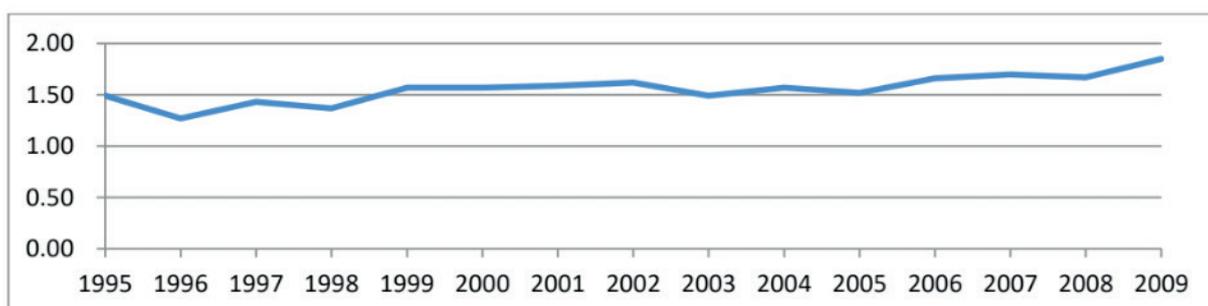


Gráfico 01: Execução orçamentária do MS como proporção do PIB (% do PIB)

Fonte: Castro e Fausto (2012).

Sobre o governo FHC, primeiramente, observa-se que entre 1995 e 1999 há oscilação nos investimentos na área, registrando queda acentuada em 1995 e elevação em 1996 e 1998. Ao longo do segundo mandato há estabilização com leve aumento até 2002, para em seguida, naquele ano, haver nova queda. No governo Lula, entre 2003 e 2005 a tendência de oscilação retorna, sem a mesma intensidade

que no primeiro mandato FHC. De 2005 a 2007, há novo aumento no investimento e, após nova queda em 2007, ocorre pronunciado aumento no intervalo 2008-2009. Com o segundo, os aportes alcançaram pela primeira vez 1,52% do PIB e se registrou os maiores investimentos na área. Em 2009 verifica-se o auge do intervalo analisado, com 1,85% do PIB.

O Gráfico 02 demonstra que, a partir de 1996, houve aumento nos valores nominais praticamente ininterrupto. Em todo o primeiro governo FHC os investimentos ficaram próximos da estagnação e sempre abaixo de R\$ 20 bilhões, já no segundo verifica-se recuperação significativa até chegar próximo aos R\$ 30 bilhões. Já no governo Lula registra-se aumento muito mais proeminente, haja vista que o orçamento mais que dobrou nos oito anos, passando de R\$ 31 bilhões para mais de R\$ 73 bilhões, tendo havido pequena oscilação apenas no período 2009-2010.

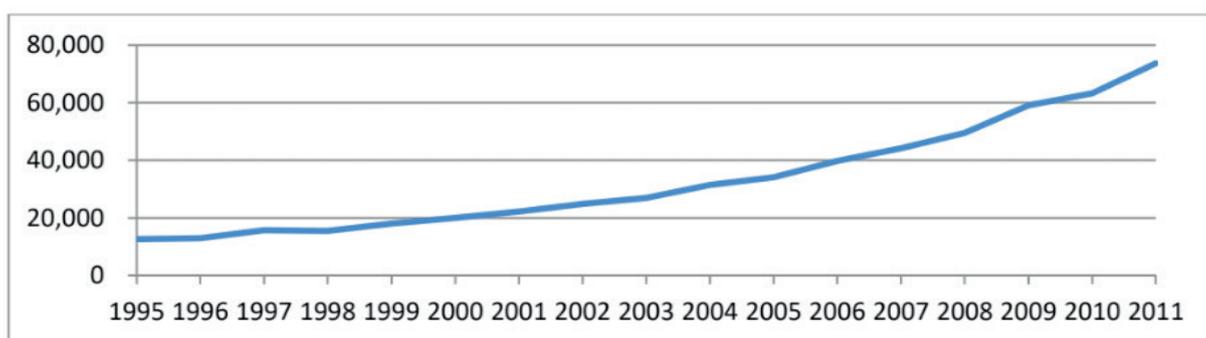


Gráfico 02: Despesa federal com saúde – (unidade R\$ bilhões)

Fonte: Ipea/DISOC.

Os Gráficos 01 e 02 não induzem compreender que a EC 29 tenha impactado o orçamento, isso porque, apesar de aprovada em 2000, somente foi regulamentada em 2012. No que diz respeito aos valores nominais, neste caso é perceptível o aumento ininterrupto desde 1998, mais acentuado com Lula. A CPMF foi suspensa no curso do governo petista mas não produziu impacto negativo nos investimentos, o que demonstra que o governo buscou outras fontes para preservar o aumento de investimentos no setor. Com o propósito de mensurar os efeitos da descentralização, após a aprovação da EC 29, no ano 2000, verifica-se nos Gráficos 03 e 04, o comparativo dos gastos em milhões de reais das esferas subnacionais de governo.

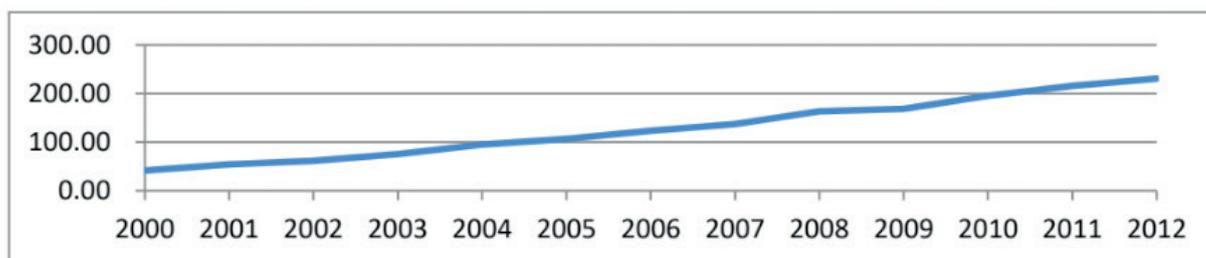


Gráfico 03: Gasto da esfera estadual com saúde – (R\$ milhões)

Legenda: Valores brutos dos gastos em milhões de reais correntes; valores *per capita* em reais correntes.

Fonte: MS/SIOPS (gasto Estadual e Municipal) SPO/SE e Fundo Nacional de Saúde.

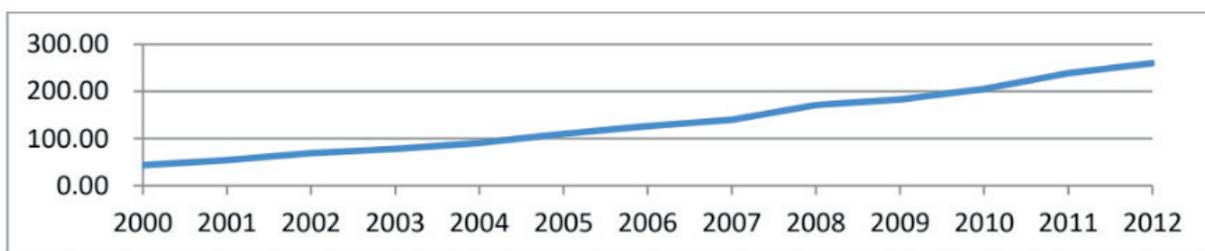


Gráfico 04: Gasto da esfera municipal com saúde – (R\$ milhões)

Legenda: Valores brutos dos gastos em milhões de reais correntes; valores *per capita* em reais correntes.

Fonte: MS/SIOPS (gasto Estadual e Municipal) SPO/SE e Fundo Nacional de Saúde.

Há evidente tendência de progressão por parte dos três entes, porém, no caso de estados e municípios a progressão de gastos com saúde é mais constante e proporcionalmente mais acentuada, especialmente no caso dos municípios. Em ambos, apenas em 2008 é verificada pequena oscilação. Destaque para o fato de que os gastos municipais quase se igualam ao dos estados, revelando que o peso do financiamento da saúde recai mais fortemente sobre aquele ente.

O contraste entre os investimentos federal e de estados e municípios no ano de 2008, na qual se verifica aumento de investimento por parte da União, que contrasta com menor investimento por parte de estados e municípios, deve-se seguramente à opção do Governo Federal por adotar medida anticíclica. Compensando os efeitos da crise que abalou as finanças das subesferas da administração pública, o Executivo Federal elevou seus gastos em saúde, evitando não apenas queda na qualidade do serviço como também efeitos adversos na economia. O investimento em prestadores privados, possivelmente influenciou tal comportamento.

O Gráfico 05 demonstra que durante todo o período houve elevação de repasses federais aos municípios. No caso do governo FHC o processo é mais acentuado tanto na elevação quanto na queda registrada no segundo mandato. Nos anos Lula o crescimento esfria e também se registra maior oscilação.

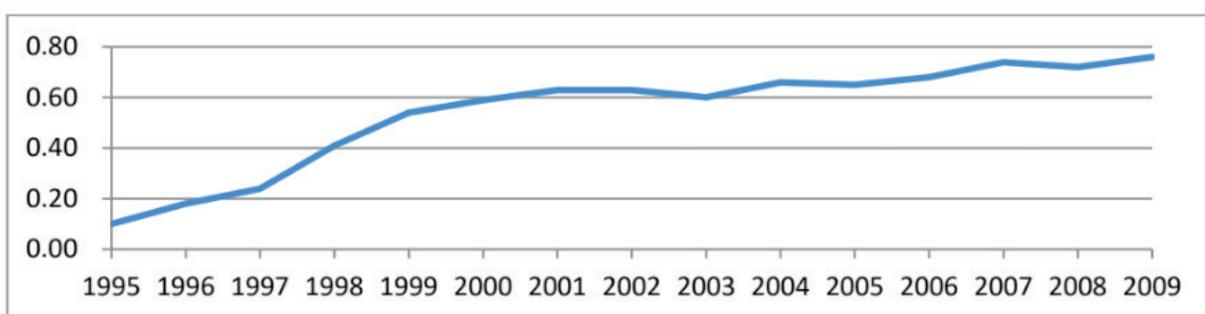


Gráfico 05: Transferência federal para municípios – (percentual do PIB)

Fonte: IBGE.

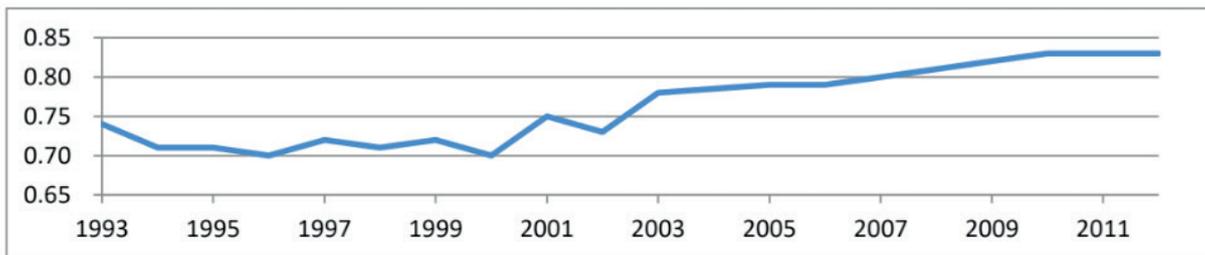


Gráfico 06: Número de leitos hospitalares públicos – número de leitos hospitalares por 1.000 habitantes, por ano e vinculação ao SUS: 1993-2003, 2005-2012¹

Fontes: Dados de 1993-2003: MS/SAS - SIH/SUS. Dados a partir de 2005: MS/SAS - CNES.

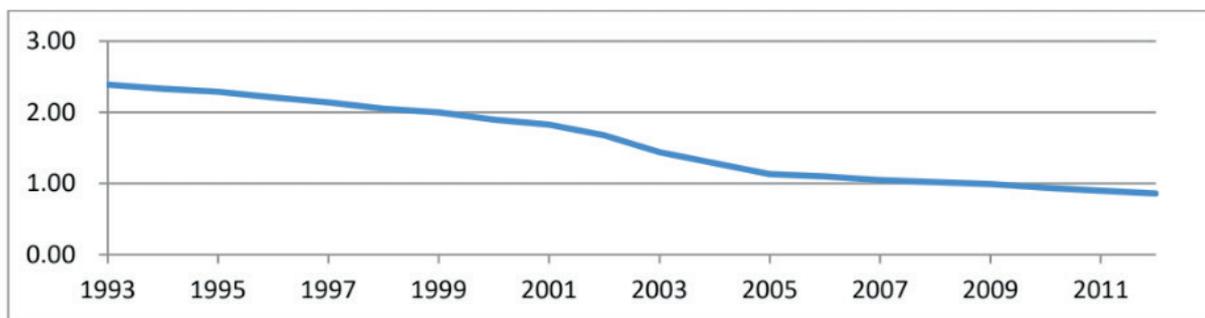


Gráfico 07: Número de leitos hospitalares privados – número de leitos hospitalares por 1.000 habitantes: 1993-2003, 2005-2012²

Fontes: Dados de 1993-2003: MS/SAS - SIH/SUS. Dados a partir de 2005: MS/SAS - CNES.

No caso da disponibilidade de leitos públicos, percebe-se a mesma tendência de oscilação ao longo de todo o período FHC. O maior aumento ocorre no início e final do segundo governo. Neste período registram-se as menores ofertas de todo o intervalo analisada (1993-2011). Ao longo dos dois mandatos Lula, por sua vez, verifica-se contínuo aumento de oferta, com estabilização no ano de 2009. No caso da oferta privada, interessante verificar queda constante e ininterrupta, mais acentuada no governo FHC que no período Lula. A conclusão que se pode alcançar é que ao longo dos anos de implantação do SUS, o sistema público se consolidou como principal disponibilizador de leitos hospitalares. Sabe-se que boa parte da oferta privada é consumida pelo SUS, cujo desenho prevê a contratação de serviços de prestadores privados.

A redução do número de leitos particulares pode induzir a uma equivocada avaliação de que o setor estaria sendo restringido, o que não ocorre como se verá

1 Não há dados para 2004 em função da implantação do sistema CNES e mudanças nas classificações dos leitos. Notas para os dados de 1993-2003: 1. N° de leitos calculados a partir da média anual de leitos município. 2. Em 2002, o MS excluiu do cadastro de hospitais do SIH/SUS aqueles hospitais que não apresentavam AIH há um determinado período de tempo, o que fez, aparentemente, diminuir o n° de leitos disponíveis. 3. As informações de 2003 refletem a situação de janeiro a julho, pois o CNES, implantado em agosto de 2003, utiliza critérios diferentes de classificação e cadastramento, provocando uma quebra na série histórica. Notas para os dados a partir de 2005: 1. Para 2005, foi considerada a situação de dez/2005; para os demais anos, foi considerada a média de janeiro a dezembro.

2 idem

adiante, no próximo gráfico é mensurada a proporção da população coberta pelos planos privados de saúde no intervalo 2000-2011, ou seja, a partir do segundo ano do segundo mandato de FHC e os dois mandatos do presidente Lula, no qual percebe-se o crescimento no número de usuários.

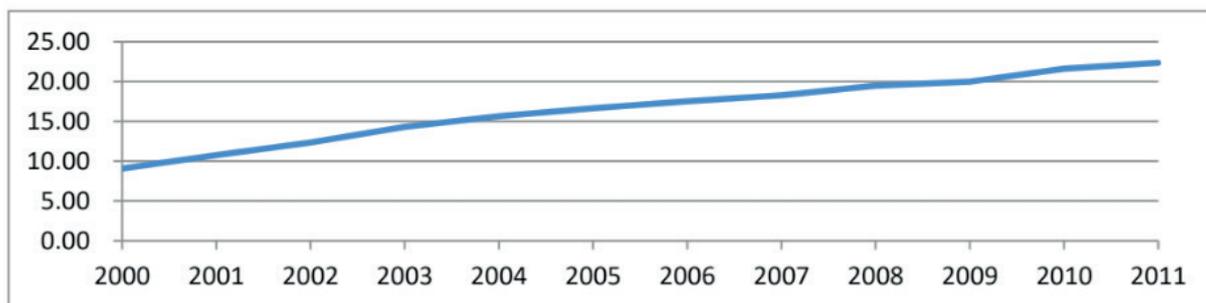


Gráfico 08: Assistência médica ambulatorial mais hospitalar – proporção (%) da população coberta por planos privados de saúde – ANS: Brasil 2000-2011

Fontes: MS/ANS - Sistema de Informações de beneficiários. IBGE - Base demográfica.

As informações acima são contrastadas quando cruzadas com dados relacionados ao gasto familiar com o consumo de bens e serviços de saúde. O gráfico 08 demonstra aumento progressivo de procura, mas quanto se observa as despesas familiares verifica-se oscilação ao tomar como parâmetro a proporção do PIB.

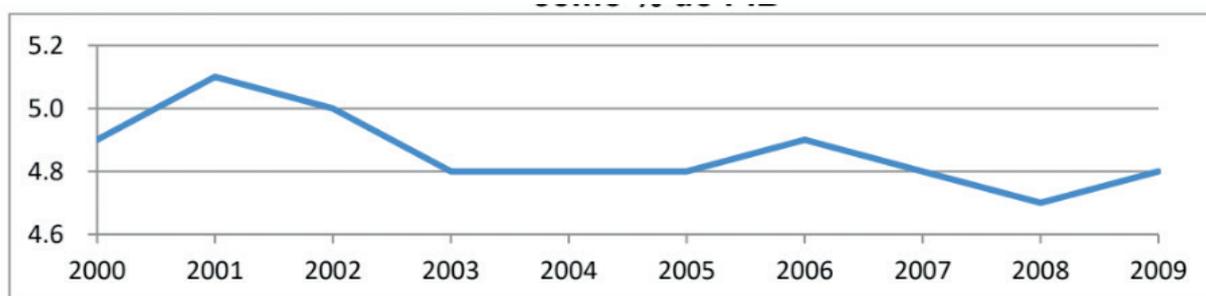


Gráfico 09: Gasto no consumo final das famílias com bens e serviços de saúde como % do PIB

Fonte: IBGE - Coordenação de Contas Nacionais.

O que se conclui dos dados acima é que o gasto familiar com saúde possui relação importante com o destino do setor. Apesar do SUS ser o principal consumidor de bens e serviços, o gasto familiar é igualmente determinante. Outra constatação é que, se comparados os governos FHC (segunda metade do segundo mandato) e Lula, pode-se dizer que a administração pública passou a gastar relativamente mais com saúde e a população relativamente menos no período Lula. Em 2009 registra-se o maior gasto público, enquanto 2008 registra-se o menor gasto privado de todo o período analisado.

6 | EFEITOS NAS DIMENSÕES: ESTRATIFICAÇÃO, DESMERCADORIZAÇÃO E DESFAMILIRIZAÇÃO

A análise das iniciativas adotadas em ambos os governos demonstra uma propensão a reforçar o híbrido público-privado previsto no desenho do SUS. FHC buscou, por um lado, dentro dos limites impostos pelo sistema já previamente montado em seus contornos substantivos e em relação à mobilização do ator SUS, limitar a oferta pública aos pobres, pela introdução de medidas focalizantes, o que esperava induzir os setores sociais mais aquinhoados a contratar no mercado e, por outro, legou importante legislação com vistas a regulamentar a saúde suplementar. O governo Lula, por sua vez, apesar de elevar investimentos públicos, não apenas pelos repasses, mas, inclusive, aqueles diretos, não alterou o processo iniciado pelo governo anterior e, inclusive, introduziu o duplo pagamento no desenho de sua política de atenção farmacêutica.

O processo de descentralização foi mais acentuado no governo FHC que induziu estados e municípios a comprometerem parte crescente de seus recursos financeiros com a sustentação do sistema de saúde. Processo não revertido pelo governo Lula, embora o último tenha aumentado o investimento federal direto.

Os dados elencados demonstraram que a proporção de adesão familiar permaneceu entre 2000 e 2009 se ampliando e o seu investimento maior que o público, apesar de, no governo Lula, tendo como parâmetro sua relação com o PIB, registrarem-se os maiores aportes públicos e os menores familiares. Conseqüentemente, verifica-se no intervalo que comporta os dois governos o mesmo processo de crescimento do mercado de saúde permissível pelo texto constitucional.

Entretanto, a existência de oferta privada não contradiz a hegemonia do SUS. Nos poucos gráficos apresentados, verificou-se que os investimentos públicos são determinantes, inclusive para a manutenção dos equipamentos privados, contratados pelo governo.

Portanto, no que concerne à relação Estado e mercado, o primeiro segue sendo, nos dois governos, um importante ente financiador, enquanto o segundo opera com destaque na provisão. As famílias têm a opção de recorrer ao privado e o fazem, mas não como condicionante para obter o serviço, uma vez que a lei determina o amparo público a todos indistintamente. Ainda assim, o investimento familiar na área, é relativamente alto se comparado à realidade de outros países (SOARES; SANTOS, 2014).

A cobertura abarca, portanto, toda a população. Fato não apenas legal, mas efetivo, uma vez que o sistema de saúde abrange não apenas a assistência, mas as ações de vigilância, proteção e promoção à saúde. Entretanto, em decorrência da imagem de “sistema para pobre”, as pessoas são incentivadas a contratar, sempre que dispuserem de recursos para tal. São estimuladas a consumir devido à impressão de que assim obterão serviços com qualidade supostamente superior. Impressão

que surge mais de estigmas que da realidade, como se verifica em estudos sobre a qualidade do sistema público brasileiro. A judicialização, tema que não foi abordado pelo trabalho, constitui crescentemente mecanismo de acesso ao direito. Mesmo que se verifique que a contratação familiar e seu peso no financiamento do setor sejam igualmente proeminentes.

Na questão do financiamento, destaca-se, no período analisado, a instituição do PAB, a criação e posterior suspensão da CPMF e a aprovação da EC 29. Houve aumento progressivo de investimentos nominais, porém, verifica-se também a persistência de oscilação, se tomado como parâmetro a proporção do PIB destinada a bens e serviços de saúde. Tal constatação é reveladora quanto ao fato de que o estabelecimento de fontes orçamentárias perenes e adequadas seguiu sendo um dilema sem solução nos dois governos. Em termos comparativos, acerca do volume investido, segundo os dados analisados anteriormente, o da administração petista foi maior, tendo mais que dobrado.

A CPMF constituiu fonte baseada na movimentação bancária. Pode-se interpretá-la como sendo uma opção progressista, posto que determinava a contribuição de acordo com volume de recursos financeiros movimentados em transações bancárias. A problemática da CPMF recai não na sua natureza, embora criticada por empresários como sendo imposto cumulativo, mas devido ao fato de que seu destino legal era, na prática, incerto. Existem dificuldades para precisar quanto desta fonte foi destinada à saúde. O que se pode mensurar, e os gráficos acima de certa forma lançam luz, é de que não houve acumulação entre este e os providos das fontes Orçamentária e Social anteriormente já mobilizadas.

A EC 29, por sua vez, determinou a vinculação para as administrações subnacionais, mas manteve enorme fluidez para a parcela sob responsabilidade da União, uma vez que para este, é condicionada à variação do PIB. Neste aspecto a assunção da prestação dos serviços pelos municípios sem equivalente repasse, criou um difícil dilema financeiro, uma vez que a disponibilidade de recursos é menor quanto mais se afunila nos níveis de administração. A aprovação da EC 29 em 2000 foi apenas o primeiro ato, visto que a matéria ficou pendente de regulamentação. Os debates se desenrolaram por todo o governo Lula sem conclusão. Apenas em 2012 a referida lei foi regulamentada. Portanto, seus efeitos definitivos não podem ser adequadamente apreendidos no intervalo de tempo sob análise.

Em contraste com a vinculação prevista na EC 29, a Desvinculação das Receitas da União se tornou fator impeditivo mesmo após a regulamentação da Emenda, uma vez que relativiza os montantes federais destinados aos fundos estaduais e municipais de saúde, quando os captura por outros serviços financeiros da União.

O avanço da saúde suplementar registra diferenciação entre usuário do sistema público e consumidores de serviços privados. Tal segmentação se não resulta, pelo menos é favorecida pela orientação focalizante inaugurada no governo FHC e preservada no mandato Lula. Entretanto, a despeito da ampliação da abrangência

desta, não há motivos para crer que as ações adotadas no período tenham abalado o traço característico do SUS de criar uma estratificação baseada no princípio do direito ao acesso não condicionado à posição no mercado e familiar. Ou seja, não houve inflexão em seu padrão não mercantil de estratificação social. Característica que não decorre da orientação de nenhum dos dois governos, mas do próprio desenho do sistema universal e integral.

Também não por orientação dos governos em tela, mas devido ao desenho do sistema a exigência de vinculação profissional e os arranjos tradicionais de bem-estar são abalados pelo SUS. Não há requisição de contribuição prévia e o sistema considera as necessidades individuais, sem haver cotas ou valores predefinidos, nem mesmo limitação quanto ao conjunto terapêutico ofertado. Sem tais requisitos, inexistente relação entre atenção à saúde e posição profissional ou na comunidade. E, mais importante, não há qualquer mediação da categoria profissional ou da unidade familiar para o acesso individual, bem como nenhuma distinção de outra ordem, tais como faixa etária ou sexo. As discricionariedades são exclusivamente de natureza clínica.

Os efeitos do SUS são, portanto, a constituição de estratificação não mercantil, mas determinada pelo direito. O recurso ao serviço público de saúde requer apenas a condição prévia de ser cidadão. Há elevado nível de desmercadorização potencial, posto que não há requisição de ocupação profissional ou contribuição prévia e, portanto, é desimportante a inserção no mercado de trabalho, independente de categoria ou faixa de renda. Ao lado, é desfamiliarizador visto que não exige qualquer mediação diferente da necessidade individual para obter acesso aos produtos e serviços de saúde.

Através das modificações incrementais, o processo iniciado anteriormente à implantação do SUS segue avançando no intervalo que comporta os dois governos, o que não se deu com rigidez linear, não de maneira automática, nem sem percalços. Em sintonia com os condicionamentos institucionais, o ator SUS exerceu o papel de interlocutor ativo e mobilizado que se opôs ao risco de mudanças que pudessem deturpar radicalmente o modelo de saúde previsto pela Constituição.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. T. S. (2002). Relações Federativas nas Políticas Sociais. **Educ. Soc., Campinas, v. 23, n. 80**, setembro, p. 25-48.

BRASIL. Presidente (1996). **Uma estratégia de desenvolvimento social**. Brasília: Presidência da República.

COSTA, R. C. R. da (2002). Descentralização, Financiamento e Regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política, n. 18**, jun., p. 49-71.

ESPING-ANDERSEN, G. **The three worlds of welfare capitalism**. New Jersey: Princeton University Press, 1990.

ESPING-ANDERSEN, G. (1999). **Social Foundations of Post-Industrial Economies**. Oxford: Oxford University.

IMMERGUT, E. M. (1996). As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n. 30, fev.

MACHADO, C. V. e BAPTISTA, T. W. de F. (2012). A Agenda federal da Saúde: dinâmica e prioridades. In MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. de F. e LIMA, L. D. (orgs). **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

MENICUCCI, T. (2007). **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

MENICUCCI, T. (2008). A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. In HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz.

MENICUCCI, T. (2011). A Política de Saúde no Governo Lula. **Saúde Social**. São Paulo, v.20, n.2, p.522-532.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998). **Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001). **Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007). **Relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde**.

PAIM, J. S. (2007). Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. 2007. 300p. **Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva**, Salvador.

PIERSON, P. (2009). Big, Slow-Moving, and... Invisible: macrosocial processes in the study of comparative politics. In MAHONEY, J. and RUESCHMEYER, **Comparative Historical Analysis in the Social Sciences**. Cambridge: Cambridge University Press.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. (2014). Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, jan./mar.

SKOCPOL, T. (1995). **Protecting Soldiers and Mothers**. Cambridge/Londres: Harvard University Press.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-052-0

