

# A PROBLEMÁTICA DA POLÍTICA SOCIAL

**Solange Aparecida de Souza Monteiro  
(Organizadora)**



Solange Aparecida de Souza Monteiro  
(Organizadora)

# A Problemática da Política Social

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)

P962 A problemática da política social [recurso eletrônico] / Organizadora Solange Aparecida de Souza Monteiro. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-148-0

DOI 10.22533/at.ed.480192202

1. Brasil – Política e governo. 2. Políticas sociais – Brasil.  
3. Política pública – Brasil. I. Monteiro, Solange Aparecida de Souza.

CDD 320.60981

**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](http://www.atenaeditora.com.br)

## APRESENTAÇÃO

“O que transformou o mundo não foi a utopia. Foi a necessidade.”

José Saramago

Um dos maiores desafios dos governos na atualidade é a demonstração de eficiência na prestação de serviços e implementação de políticas públicas. As estruturas governamentais são, em todos os níveis de atuação, complexos sistemas organizacionais, os quais se apoiam em recursos humanos, equipamentos, tecnologia, e outros meios, com o objetivo de operar a diversidade de serviços à sociedade. Além de dar conta dos déficits sociais acumulados, sobretudo no caso de países em desenvolvimento, os governos lidam com interesses sociais, econômicos e políticos distintos que refletem a diversidade da sociedade. Deve-se compreender que os problemas sociais são multidimensionais e, por essa razão, sua resolutividade não está restrita a um único setor ou a mudanças meramente técnicas e administrativas na gestão pública, mas na superação da configuração fragmentada e desarticulada em que se encontram as políticas públicas. Travar o debate acerca da configuração das políticas sociais, considerar que existe um grande desafio a ser enfrentado, pois compreensão à base de uma leitura crítica que envolve reconhecer a importância da historicidade dos fenômenos que se manifestam na sociedade capitalista e o seu desvendamento dialético. Pereira (2011, p. 2), aborda que “a política social constitui um processo internamente contraditório, que ao mesmo tempo atende interesses opostos”, demandando assim esforços fincados no conhecimento dos seus movimentos, tendências e não convergências para que estratégias políticas possam favorecer a extensão da democracia e da cidadania. Para analisar o debate acerca da política social é necessário não só o entendimento da sua pertinência para o atual contexto de implementação das políticas públicas, como também é imprescindível a reflexão das abordagens conceituais sobre a referida temática. Esta discussão é entendida aqui como um processo que extrapola o âmbito da dimensão técnica, tendo como conjugação as dimensões políticas, ideológicas e culturais. Certas limitações têm perpassado os estudos voltados para essa temática, principalmente em relação ao entendimento da dimensão histórica e política que este debate exige. Embora a perspectiva da política social seja um elemento recente na agenda das políticas sociais, esta tem sido considerada como uma possibilidade de enfrentamento das problemáticas estruturais advindas do isolamento e fragmentação das políticas sociais brasileiras.

No artigo **A REPRODUÇÃO DA POBREZA E DA DESIGUALDADE NO BRASIL CONTEMPORÂNEO** as autoras Cláudia Maria Costa Gomes, Maria da Conceição da Silva Cruz, Ana Karoline Nogueira de Souza, Ana Manoela da Silva Lima, analisam, em particular, o período designado como a era Lula (2003-2016), em que o país apresentou uma melhora crescente nos indicadores sociais e econômicos. No artigo **A EDUCAÇÃO PERMANENTE: DIREITOS E A INCLUSÃO SOCIAL DA PESSOA**

**IDOSA**, os autores Sara do Nascimento Martins, Regiane de Nazare de Sousa Rocha, Maria Leonice da Silva de Alencar, Edinalva Pinto Poça buscam realizar uma análise conceitual sobre o envelhecimento e a educação permanente, e também sobre a implementação das políticas sociais que foram cruciais para garantir e efetivação de direitos sociais da pessoa idosa. No artigo **A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NO PROCESSO DE CONTROLE SOCIAL**, a autora Ketnen Rose Medeiros Barreto, Faz uma discussão sobre a ideia de controle social a partir dos estudos realizados junto ao Programa de Pós Graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGSS/UERJ). No artigo **A POLÍTICA DE EMPREGO E RENDA NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA / MG**, os autores Ednéia Alves de Oliveira, Nelson Machado Pinho Junior realiza um levantamento dos programas e projetos em desenvolvimento na cidade e para qual público eles eram destinados, corroborando a hipótese de que tais políticas são direcionadas a jovens, na sua maioria, pobres e da periferia, promovendo renda baixa e não inserção no mercado de trabalho. No artigo **A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE**, a autora Vivian Lúcia Rodrigues de Oliveira explanar sobre a precarização do trabalho e discorrer sobre as suas expressões a nível mundial. Para tanto, referencia-se na teoria social crítica. No artigo **AS POLÍTICAS SOCIAIS NO PROGRAMA DE ACELERAÇÃO DO CRESCIMENTO (PAC): NOVAS ATRIBUIÇÕES FRENTE A VELHOS DILEMAS**, analisa a presença das políticas sociais no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), buscando identificar as concepções orientadoras e os investimentos realizados no sentido de viabilizar as propostas apresentadas. No artigo **CAPITALISMO DEPENDENTE, NEOLIBERALISMO E POLÍTICAS SOCIAIS: RAÍZES, MARCAS E PARTICULARIDADES DA REALIDADE BRASILEIRA**, a autora Daniela de Carvalho Ciriaco trata de alguns elementos que auxiliam na compreensão da formação brasileira a partir da expansão do capitalismo e de como os processos que decorrem deste, as reformas neoliberais são implementados tardiamente trazendo sérias consequências para a efetivação das políticas sociais e para as condições de reprodução da classe trabalhadora. No artigo **CATADORES/AS DE MATERIAIS RECICLÁVEIS: CONDIÇÕES DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO A EXPLORAÇÃO DO TRABALHO**, as autoras Mari Aparecida Bortoli, Carlos Nelson dos Reis, Heloísa Teles busca discutir a relação entre as condições de vida e as estratégias de enfrentamento a exploração do trabalho engendradas pelos/as catadores/as de materiais recicláveis que atuam na coleta seletiva. No artigo **DA CASACA À RESISTÊNCIA: O SERVIÇO SOCIAL NA PROMOÇÃO CULTURAL DO CONGO**, os autores Ariele Azevedo da Silva Vieira, Leonardo Barcelos Vieira, Angela Maria Caulyt Santos da Silva refletiu-se sobre as possibilidades de atuação do Serviço Social frente às políticas sociais que contribuem para a resistência e preservação do Congo enquanto rica e expressiva manifestação cultural, na formação histórico-cultural do povo capixaba. No artigo **DIÁRIO DE BORDO: REFLETINDO A SUPERVISÃO DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL** as autoras Ermildes Lima da

Silva, Louise Oliveira Ramos Machado buscaram ao longo do trabalho apresentar algumas inquietações, potencialidades e os desafios da supervisão de estágio na atual conjuntura caracterizada pela mercantilização e precarização da educação superior e das condições de trabalho e os rebatimentos no processo de formação profissional. No artigo **A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NA GESTÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM JUIZ DE FORA – MG** o autor Nelson Machado Pinho Junior Este trabalho tem por objetivo refletir acerca da relação público-privado na gestão da Política de Assistência Social no município mineiro de Juiz de Fora, através da análise da dimensão do orçamento. No artigo **ACESSO E PERMANÊNCIA NO ENSINO SUPERIOR: O CASO DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE-ESR/UFF** a autora Cassiana Ferreira Simões O presente trabalho analisou o acesso e as condições de permanência dos alunos das universidades públicas federais após a implementação das políticas de democratização do acesso Educação Superior, sobretudo, a Política de Ação Afirmativa. Para tanto, o campo para a realização da pesquisa foi o ESR/UFF, em que foram alvos os estudantes ingressos por meio das ações afirmativas, nas modalidades concernentes às cotas sociais, no período de 2013 a 2016.

No artigo **ÓBICES À EFETIVAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PADRÃO DE FINANCIAMENTO**, os autores Letícia Batista da Silva, Luanda Café Santana dos Santos, Tarcila Freitas de Sousa desenvolve-se uma reflexão sobre o padrão de financiamento da política de saúde no Brasil, para a compreensão das condições objetivas e materiais ao trabalho em saúde. No artigo **ORÇAMENTO E SAÚDE PÚBLICA EM TEMPOS DE AUSTERIDADE os autores** Bruno Moretti, Ana Paula Menezes do Rego buscam examinar a evolução das despesas federais de saúde entre 2014 e 2018. Procura-se mostrar o impacto da crise sobre tais despesas, revelando como a austeridade constrange a ação do Estado, tendência intensificada com a Emenda Constitucional que limita as despesas primárias aos valores do ano anterior, ajustados pela inflação. No artigo **POR DENTRO DOS MUROS DO PROGRAMA DE PROTEÇÃO A TESTEMUNHAS** os autores Danielle Galdino, Cristiano Guedes trazem o resultado de uma pesquisa de mestrado que mostra a história do Programa Federal de Proteção a Testemunhas, seus desafios e limites, o perfil e as necessidades dos protegidos, o significado de proteção adotado por ele e quais necessidades humanas consegue atender. No artigo **QUEM TEM FOME TEM PRESSA! BANCO DE ALIMENTOS, DIGNIDADE PARA O INDIVÍDUO**, o autor Tauã Lima Verdán Rangel analisar o banco de alimentos, típico equipamento público de alimentação brasileiro, na promoção do direito humano à alimentação adequada e promoção de acessibilidade e disponibilidade a tal direito. No artigo **RACISMO INSTITUCIONAL: DA FAXINA ÉTNICA A VIOLÊNCIA NA CIDADE DE SÃO PAULO NOS ANOS DE 2010 A 2017**, as autoras Mônica Abud Perez de Cerqueira Luz e Flávia Abud Luz propõem-se a refletir sobre o racismo institucional no Brasil; um mecanismo fundado no poder e utilizado via

de regra e historicamente para dominar raças, povos, etnias de cor diferenciada (fator biologizante). No artigo **REFLETINDO SOBRE A INTERLIGAÇÃO ENTRE ESTADO, EDUCAÇÃO E CIDADANIA** Rosimary de Souza Lourenço, Marlene de Deus Lima, Yoshiko Sasaki, buscam discutir sobre a educação e sua relação com o processo de ampliação de cidadania implica em conhecer a concepção de educação e a natureza e intervenção do Estado. No artigo **SOCIAL-LIBERALISMO E O COMBATE À POBREZA NO BRASIL: QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E O PROGRAMA MULHERES MIL EM QUESTÃO**, as autoras Michele Ribeiro de Oliveira, Renata Lígia Rufino Neves de Souza. buscam discutir o Programa Mulheres Mil como parte das estratégias da política social com foco no enfrentamento à pobreza e às desigualdades sociais assumidas pelos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), as quais não se resumem a políticas compensatórias — via transferência direta de renda aos mais necessitados —, mas incorpora políticas estruturais, tais como ampliação ao acesso à educação e ao crédito. No artigo **TRAMAS E DRAMAS DO TRABALHO OLEIRO NO AMAZONAS**, autora Hamida Assunção Pinheiro busca trazer a discussão das tramas e os dramas que envolvem o trabalho dos oleiros do estado do Amazonas, dando destaque às condições de trabalho e de vida destes trabalhadores. No artigo **VIOLÊNCIA, RACISMO E GENOCÍDIO DA JUVENTUDE NEGRA NO BRASIL**, a autora **Wilma Lúcia Rodrigues Pessoa** analisa a articulação entre o racismo e a violência institucional do Estado Brasileiro na promoção do genocídio da juventude negra como componente estrutural da opressão de classe. Parto da consideração do que foi a constituição do racismo no Brasil suas especificidades e sua relação com o processo de expansão do capitalismo em escala global.

Solange Aparecida de Souza Monteiro

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>CAPÍTULO 1</b> .....   | <b>1</b>  |
| A REPRODUÇÃO DA POBREZA E DA DESIGUALDADE NO BRASIL CONTEMPORÂNEO   |           |
| Cláudia Maria Costa Gomes   |           |
| Maria da Conceição da Silva Cruz  |           |
| Ana Karoline Nogueira de Souza  |           |
| Ana Manoela da Silva Lima   |           |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.4801922021</b>  |           |
| <b>CAPÍTULO 2</b> .....   | <b>17</b> |
| A EDUCAÇÃO PERMANENTE: DIREITOS E A INCLUSÃO SOCIAL DA PESSOA IDOSA   |           |
| Sara do Nascimento Martins  |           |
| Regiane de Nazare de Sousa Rocha  |           |
| Maria Leonice da Silva de Alencar   |           |
| Edinalva Pinto Poça   |           |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.4801922022</b>  |           |
| <b>CAPÍTULO 3</b> .....   | <b>26</b> |
| A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NO PROCESSO DE CONTROLE SOCIAL  |           |
| Ketnen Rose Medeiros Barreto  |           |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.4801922023</b>  |           |
| <b>CAPÍTULO 4</b> .....   | <b>38</b> |
| A POLÍTICA DE EMPREGO E RENDA NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA / MG   |           |
| Nelson Machado Pinho Junior   |           |
| Ednéia Alves de Oliveira  |           |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.4801922024</b>  |           |
| <b>CAPÍTULO 5</b> .....   | <b>51</b> |
| A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE   |           |
| Vivian Lúcia Rodrigues de Oliveira  |           |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.4801922025</b>  |           |
| <b>CAPÍTULO 6</b> .....   | <b>60</b> |
| AS POLÍTICAS SOCIAIS NO PROGRAMA DE ACELERAÇÃO DO CRESCIMENTO (PAC): NOVAS ATRIBUIÇÕES FRENTE A VELHOS DILEMAS        |           |
| Edemar Rotta  |           |
| Carlos Nelson dos Reis  |           |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.4801922026</b>  |           |
| <b>CAPÍTULO 7</b> .....   | <b>74</b> |
| CAPITALISMO DEPENDENTE, NEOLIBERALISMO E POLÍTICAS SOCIAIS: RAÍZES, MARCAS E PARTICULARIDADES DA REALIDADE BRASILEIRA |           |
| Daniela de Carvalho Ciriaco   |           |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.4801922027</b>  |           |

|   |            |
|---|------------|
| <b>CAPÍTULO 8</b> .....   | <b>88</b>  |
| CATADORES/AS DE MATERIAIS RECICLÁVEIS: CONDIÇÕES DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO A EXPLORAÇÃO DO TRABALHO  |            |
| Mari Aparecida Bortoli<br>Carlos Nelson dos Reis<br>Heloísa Teles   |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.4801922028</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 9</b> .....   | <b>103</b> |
| DA CASACA À RESISTÊNCIA: O SERVIÇO SOCIAL NA PROMOÇÃO CULTURAL DO CONGO   |            |
| Ariele Azevedo da Silva Vieira<br>Leonardo Barcelos Vieira<br>Angela Maria Caulyt Santos da Silva   |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.4801922029</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 10</b> .....  | <b>117</b> |
| DIÁRIO DE BORDO: REFLETINDO A SUPERVISÃO DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL   |            |
| Ermildes Lima da Silva<br>Louise Oliveira Ramos Machado   |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.48019220210</b>   |            |
| <b>CAPÍTULO 11</b> .....  | <b>128</b> |
| A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NA GESTÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM JUIZ DE FORÁ - MG  |            |
| UMA ANÁLISE DO ORÇAMENTO MUNICIPAL  |            |
| Nelson Machado Pinho Junior   |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.48019220211</b>   |            |
| <b>CAPÍTULO 12</b> .....  | <b>140</b> |
| ACESSO E PERMANÊNCIA NO ENSINO SUPERIOR: O CASO DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE-ESR/UFF |            |
| Cassiana Ferreira Simões  |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.48019220212</b>   |            |
| <b>CAPÍTULO 13</b> .....  | <b>150</b> |
| ÓBICES À EFETIVAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PADRÃO DE FINANCIAMENTO  |            |
| Letícia Batista da Silva<br>Luanda Café Santana dos Santos<br>Tarcila Freitas de Sousa  |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.48019220213</b>   |            |
| <b>CAPÍTULO 14</b> .....  | <b>161</b> |
| ORÇAMENTO E SAÚDE PÚBLICA EM TEMPOS DE AUSTERIDADE  |            |
| Bruno Moretti<br>Ana Paula Menezes do Rego  |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.48019220214</b>   |            |

|  |            |
|--|------------|
| <b>CAPÍTULO 15</b> .....   | <b>174</b> |
| POR DENTRO DOS MUROS DO PROGRAMA DE PROTEÇÃO A TESTEMUNHAS   |            |
| Danielle Galdino<br>Cristiano Guedes   |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.48019220215</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 16</b> .....   | <b>188</b> |
| QUEM TEM FOME TEM PRESSA! BANCO DE ALIMENTOS, DIGNIDADE PARA O INDIVÍDUO   |            |
| Tauã Lima Verdan Rangel  |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.48019220216</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 17</b> .....   | <b>201</b> |
| RACISMO INSTITUCIONAL: DA FAXINA ÉTNICA A VIOLÊNCIA NA CIDADE DE SÃO PAULO NOS ANOS DE 2010 A 2017                 |            |
| Mônica Abud Perez de Cerqueira Luz<br>Flávia Abud Luz  |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.48019220217</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 18</b> .....   | <b>210</b> |
| REFLETINDO SOBRE A INTERLIGAÇÃO ENTRE ESTADO, EDUCAÇÃO E CIDADANIA   |            |
| Rosimary de Souza Lourenço<br>Marlene de Deus Lima<br>Yoshiko Sasaki   |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.48019220218</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 19</b> .....   | <b>222</b> |
| SOCIAL-LIBERALISMO E O COMBATE À POBREZA NO BRASIL: QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E O PROGRAMA MULHERES MIL EM QUESTÃO |            |
| Michele Ribeiro de Oliveira<br>Renata Lúgia Rufino Neves de Souza  |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.48019220219</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 20</b> .....   | <b>234</b> |
| TRAMAS E DRAMAS DO TRABALHO OLEIRO NO AMAZONAS   |            |
| Hamida Assunção Pinheiro   |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.48019220220</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 21</b> .....   | <b>246</b> |
| VIOLÊNCIA, RACISMO E GENOCÍDIO DA JUVENTUDE NEGRA NO BRASIL  |            |
| Wilma Lúcia Rodrigues Pessôa   |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.48019220221</b>  |            |
| <b>SOBRE A ORGANIZADORA</b> .....  | <b>255</b> |

## ÓBICES À EFETIVAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PADRÃO DE FINANCIAMENTO

### **Letícia Batista da Silva**

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.  
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

### **Luanda Café Santana dos Santos**

Departamento de Serviço Social. Pontifícia  
Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de  
Janeiro.

### **Tarcila Freitas de Sousa**

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.  
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

**RESUMO:** Desenvolve-se uma reflexão sobre o padrão de financiamento da política de saúde no Brasil, para a compreensão das condições objetivas e materiais ao trabalho em saúde. Neste texto, apontamos como caminho analítico o subfinanciamento estrutural do sistema de saúde brasileiro, em que se observa a finalidade da arrecadação atrelada à diminuição do gasto público com as políticas de seguridade social. Com isso, o gasto em saúde é extremamente menor em comparação a outros países de sistema de saúde universal. Identifica-se o baixo investimento em saúde no confronto aos indicadores de outros países da América Latina. Desta forma, reitera-se que a política de renúncia fiscal adotada no país impede ações para a efetivação de uma política pública universal e o investimento no trabalho em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** financiamento; política de saúde; trabalho em saúde.

**ABSTRACT:** A reflection on the standards financing of health policy in Brazil is developed to understand the objective and material conditions for health work. In this text, we point as an analytical path the structural underfinancing of the Brazilian health system, in which the purpose of the collection is linked with the reduction of public spending on social security policies. As a result, health spending is extremely low if compared to other countries with a universal health system. The low investment in health is identified confronting with the indicators of other Latin American countries. Thus, it is reiterated that the fiscal waiver policy adopted in the country presents obstacles to make effective the actions for the universal public policy and the investments for health work.

**KEYWORDS:** financing; health policy; health work.

### **INTRODUÇÃO**

A política de saúde ainda que tenha se constituído como universal, tem no seu interior desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma disputa entre interesses públicos e privados e essa relação traz repercussões para

o trabalho desenvolvido na saúde. Para tratarmos desta afirmação elegemos como caminho analítico a questão do padrão de financiamento da política de saúde e alguns de seus desdobramentos concretos.

As características do financiamento do SUS são elementos-chave para a compreensão do apequenamento do SUS em sua dimensão pública e universal, em razão de que um financiamento adequado e estável é uma condição inegociável para que a política de saúde possa cumprir sua finalidade, ou seja, atender as necessidades de saúde da população brasileira.

O trabalho e a formação em saúde exigem uma série de meios para sua realização, sejam recursos humanos qualificados, meios físicos, materiais de consumo, tempo, mobilidade etc. Em se tratando de políticas sociais públicas, aqui particularmente tratada a perspectiva “trabalho em saúde”, é importante destacar que a dimensão econômica concretizada no perfil de financiamento, cria, dificulta ou impossibilita as condições objetivas e necessárias para a prática cotidiana desse tipo de trabalho.

## DESENVOLVIMENTO

Uma das questões centrais para a discussão do financiamento da saúde é a finalidade da arrecadação. Em 1994 há a criação do Fundo Social de Emergência(FSE), um marco para o processo de desvinculação de receita pública, criado como uma das medidas de estabilização do Plano Real. Com a Ementa Constitucional 27/2000, acontece a criação da Desvinculação das Receitas da União (DRU).

Objetivamente a DRU possibilita que o governo use 20% de recursos advindos de impostos e contribuições sociais em despesas que considerar supostamente prioritárias, como o pagamento da dívida pública. Em julho de 2015 o governo federal enviou ao Congresso Nacional a Proposta de Emenda Constitucional nº 87/2015, nesta proposta há o aumento de 20% para 30% na alíquota de desvinculação sobre a receita de contribuições sociais e econômicas, fundos constitucionais e compensações financeiras pela utilização de recursos hídricos para geração de energia elétrica e de outros recursos minerais.

A DRU fere princípios constitucionais ao desvincular parcelas da receita arrecadada de finalidades fundamentais ao desenvolvimento do país no âmbito dos direitos sociais (SCAFF, 2004). Ou seja, a DRU desvia recursos que havia sido destinado à saúde, educação, assistência social e previdência. Diferente dos processos de desvinculação que a precederam, a DRU nem sequer refere quais seriam essas finalidades fundamentais de interesse social.

Conforme Salvador (2010), os recursos da DRU têm sido utilizados, num processo de ajuste estrutural, para a composição do superávit primário, promovendo a diminuição do gasto público referente às políticas de seguridade social e educação em favor do pagamento de juros da dívida externa brasileira.

## Analizando os efeitos da DRU, Scaff observa:

[...] entendo que o procedimento que vem sendo adotado pelo Governo Federal para tratar desta matéria malferre a Constituição e a coloca em um patamar idêntico ao de uma norma inoportuna, que impede a gestão financeira saudável do Brasil. É a tese da ingovernabilidade que paira como ameaça à concretização constitucional desde sua promulgação. A classe dirigente brasileira se comporta como se a Constituição pudesse, e devesse, ser afastada para a concretização de seus objetivos de governo, e não que o exercício do governo devesse estar subsumido às normas constitucionais. A ideia de Supremacia da Constituição não encontra guarida na cultura técnico-burocrática brasileira (SCAFF, 2004, p. 49-50).

Em suma, a DRU fere a lógica de direitos sociais impressa na Constituição Federal (CF) de 1988 ao transferir recursos destinados à seguridade social e educação para o pagamento dos juros da dívida brasileira.

O que observamos desde a implementação do SUS, é que o financiamento da saúde é incompatível com um sistema universal, sobretudo num país de dimensões continentais, com grandes diferenças locais e regionais, e níveis dramáticos de desigualdades sociais e de concentração de renda.

A publicação *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014*, da Organização Mundial da Saúde (OMS), apresenta inúmeros dados sanitários mundiais, dentre eles os gastos em saúde comparando os anos de 2000 e 2011. Destacamos na tabela 1 os achados referentes aos gastos governamentais em saúde do Brasil, Canadá, Cuba e França.

|               | Ano 2000 (US\$ per capita) | Ano 2011 (US\$ per capita) |
|---------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>Brasil</b> | 203                        | 474                        |
| <b>Canadá</b> | 1.773                      | 3.197                      |
| <b>Cuba</b>   | 134                        | 406                        |
| <b>França</b> | 2.027                      | 3.169                      |

Tabela 1 – Gastos governamentais em saúde *per capita* em dólares

Fonte: OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014.

Conforme demonstram os dados, à exceção de Cuba, comparando o gasto governamental *per capita* de países com sistemas de saúde de acesso universal, o Brasil tem um gasto e uma evolução de gasto *per capita* expressivamente menor. Se compararmos o percentual praticado pelo Brasil e pelo Canadá nos anos 2000 e 2011, o gasto do governo brasileiro em 2000 correspondeu a 11% do gasto canadense *per capita* e a 14% dos gastos em 2011. Se observarmos a comparação percentual entre o gasto governamental francês e o gasto brasileiro, encontramos o seguinte: em 2000 o gasto brasileiro *per capita* correspondeu a 10% do francês; e em 2011 correspondeu a 14%.

No arquipélago cubano a política de saúde é de responsabilidade estatal desde a Revolução Cubana, em 1959. Com um gasto público relativamente baixo, Cuba é um país de referência no desempenho no campo da saúde, fato demonstrado através de seus indicadores sanitários e característica epidemiológica. Dentre outros avanços,

com o desenvolvimento integrado e foco na atenção básica, os cubanos erradicaram a poliomielite, a malária, a tuberculose infantil, a difteria, o tétano, a febre amarela, a varíola, a rubéola, a caxumba, a meningite encefálica e o sarampo, bem como desenvolveram um parque com cerca de 2.220 laboratórios de análise e a produção de medicamentos/insumos (GANEV, 2013). Estes dados explicitam com elementos de realidade os resultados da interpretação da saúde como política pública estatal.

Ainda que consideremos as dimensões do território cubano em comparação com o Brasil, com relação à proposta de saúde pública e universal, os resultados sanitários e epidemiológicos alcançados pela experiência cubana demonstram a consolidação da saúde como direito social, ou seja, um direito absorvido e desenvolvido no cotidiano seja na sua dimensão jurídico-legal, na organização do sistema e dos serviços e, sobretudo, na vida social da população.

Realizando a comparação entre diferentes indicadores de gasto com saúde no Brasil e em outros países latino-americanos como Argentina, Chile e México, encontramos as seguintes proporções, conforme tabela 2.

|                  | % do PIB de gasto total em saúde | % do gasto em saúde em relação ao gasto governamental total | Valor em US\$ <i>per capita</i> |
|------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|
| <b>Argentina</b> | 7,9                              | 21,7  | 927                             |
| <b>Brasil</b>    | 8,9                              | 8,7   | 474                             |
| <b>Chile</b>     | 7,1                              | 14,8  | 716                             |
| <b>México</b>    | 6,0                              | 15,1  | 505                             |

Tabela 2– Indicadores de gasto em saúde referentes ao ano de 2011\*

Fonte: OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014.

\* No relatório da OMS os dados de gasto em saúde se referem ao ano de 2011.

A tabela 2 demonstra que, no que se refere à participação do gasto em saúde em relação ao PIB, o Brasil apresenta percentual superior à Argentina, Chile e México. Entretanto, quando se refere à comparação entre o gasto público total e o gasto público em saúde, o percentual brasileiro não só é o menor, mas também muito aquém do praticado nesses países. Com relação ao gasto *per capita*, o gasto brasileiro continua figurando como o menor.

Em termos de gastos *per capita*, o Brasil gastou como já apontado, US\$ 203 no ano de 2000 e US\$ 474 em 2011 referentes aos gastos públicos. No entanto, se observarmos os gastos totais *per capita*, ou seja, incluindo o montante dos gastos privados, o gasto foi de US\$ 265 em 2000 e de US\$ 1.119 no ano de 2011. Esses dados informam que enquanto o gasto público *per capita* cresceu 233% em 10 (dez) anos no Brasil, o gasto total – que inclui os gastos privados – aumentou 422% em 10 (dez) anos. Chamamos atenção ao fato de que o gasto público *per capita* no Brasil continua sendo inferior aos gastos praticados em sistemas de saúde universais.

Os dados estatísticos sobre os perfis de gasto governamental em saúde apresentados pela OMS corroboram com as análises sobre os efeitos do subfinanciamento do SUS (SANTOS et al., 2008; OCKÉ-REIS; SOPHIA, 2009; MENDES, 2012; SANTOS, 2013) e da DRU (SCAFF, 2004; SALVADOR, 2010).

Apontando nuances das disputas em torno do projeto de saúde para o país, no ano 2000, seis meses após a instituição da DRU, é criada a Emenda Constitucional 29/2000. Esta emenda foi criada para regulamentar o financiamento, estipulando o volume de recursos a serem empregados na saúde por cada esfera, ou seja, a vinculação de recursos de diferentes níveis de governo para a saúde. Tal Emenda Constitucional se apresentava como forma de garantir estabilidade para o financiamento da saúde. No âmbito político significou o reconhecimento dos desequilíbrios e descompassos de financiamento praticados desde a instituição do SUS. Entretanto, embora criada, a Emenda Constitucional 29/2000 foi regulamentada somente quase 12 (doze) anos depois com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Com a Lei Complementar 141/2012 ficou definido que os recursos advindos da União corresponderiam ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Os recursos dos Estados corresponderiam à contribuição mínima de 12% da arrecadação dos impostos (deduzidas as parcelas transferidas aos respectivos municípios). E aos municípios e ao Distrito Federal corresponderia a aplicação em ações e serviços públicos de saúde de no mínimo 15% da arrecadação anual de impostos.

| FUNÇÃO<br>SAÚDE | Despesa Executada |                   |                                 |                   |
|-----------------|-------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|
|                 | Despesa Liquidada |                   | Inscritas em RP não processados |                   |
|                 | Valor Nominal     | Valor Atualizado* | Valor Nominal                   | Valor Atualizado* |
| <b>2012</b>     | 70.310.514.534,70 | 84.052.672.780,89 | 8.276.653.600,81                | 9.894.321.801,42  |
| <b>2013</b>     | 75.814.489.467,36 | 85.384.222.464,64 | 7.996.307.431,93                | 9.005.646.512,43  |
| <b>2014</b>     | 85.130.901.081,79 | 90.993.351.324,33 | 7.385.037.041,40                | 7.893.599.873,98  |
| <b>2015</b>     | 92.154.111.989,26 | Não informado     | 7.446.839.176,58                | Não informado     |

Tabela 3 – Despesas executadas pela União na função Saúde de 2012-2015

Fonte: Tesouro Nacional, série histórica, despesas da União por função.

\* Valores atualizados com base no IGP-DI – O IGP é o Índice Geral de Preços, o IGPI-DI (IGP-Disponibilidade Interna) é o indexador das dívidas dos Estados com a União.

Na vigência da Lei Complementar 141/2012 o governo federal vem utilizando como recurso orçamentário de Restos a Pagar (RP) não processados para justificar o não cumprimento das despesas com saúde. Na tabela 3 observamos o valor total da despesa líquida com saúde e o valor dos RP não processados desde a vigência da Lei

Complementar 141/2012.

Observando as perdas nos períodos de 2012 a 2015 encontramos R\$ 34, 240 bilhões em RP não processados (cancelados), ou seja, quase 10% do orçamento do período. As configurações finais das peças orçamentárias apontam o lugar do direito à saúde na interpretação histórica dos governos brasileiros. Mesmo estando vinculadas às despesas com a existência do controle social e democrático via Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao final do exercício anual essas despesas não são processadas conforme os ditames constitucionais e legais. Lembrando ainda que o cômputo total dessas despesas anuais, como já dito, é incoerente com um sistema de saúde universal.

Daí a importância de comparações entre os gastos com saúde no Brasil e os gastos em outros países com sistemas universais. No caso brasileiro a interpretação de direitos sociais impressa na CF 1988 e as leis advindas dessa lógica tendem a ser subvertidas pela política econômica e na execução do próprio orçamento público. Mesmo após a conquista de direitos sociais, a execução do orçamento aponta traços presentes na pré-CF 1988. Conforme Silva:

Em linhas gerais pode-se dizer que a construção do planejamento/orçamento como ação governamental até a transição para democracia nos anos 80 teve como principais características: a subordinação do planejamento ao reducionismo de ferramentas de organização estatal e regulação e/ou subsídios de mercados privados; a não-participação e a ausência de controle social, alimentada pela cultura do autoritarismo. Tal cenário contribuiu para a produção de um aparelho estatal fragmentado e um hiato que separa a ação civil da ação política (SILVA, 2004b, p. 41).

Retomando uma lógica de autoritarismo com justificativas tecnicistas, surge a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Esta emenda torna obrigatória a execução da programação orçamentária da saúde, entretanto estabelece um novo critério de cálculo que substitui o afirmado na Lei Complementar 141/2012. Com esta Emenda a base de cálculo passa a ser a receita corrente líquida da União e não a variação do PIB, e dessa forma tendencialmente haverá uma perda no valor nominal do orçamento da saúde. Outra questão que se coloca com a Emenda Constitucional 86/2015: a nova definição constitucional prevê que a execução orçamentária de emendas parlamentares individuais – as emendas impositivas –, correspondendo a 0,6% das receitas correntes líquidas.

Santos (2013) aponta o subfinanciamento federal como um dos obstáculos históricos ao pleno desenvolvimento do SUS como direito social. Segundo Santos, o subfinanciamento tem como consequências: o desinvestimento em equipamentos diagnóstico e terapêutico, especialmente na atenção básica e média complexidade; esse subfinanciamento federal atinge os níveis de atenção de forma desigual, sendo os repasses a municípios e Estados fragmentados e numa lógica de programas e projetos e não com base na real necessidade de saúde; há limitação na quantidade de trabalhadores na saúde, bem como uma gestão do trabalho, pois esta se caracteriza

pela precarização do trabalho em saúde via terceirização.

Dado o exposto acerca do componente subfinanciamento da política de saúde como exemplo de disputas entre interesses públicos e privados na saúde, é possível inferirmos, dentre outras questões, que o subfinanciamento histórico do SUS tendeu a induzir ações no campo da saúde limitadas a disponibilidade dos serviços – a oferta –, assim como esvaziou condições objetivas para a prática do trabalho em saúde. Esta é uma conjuntura de restrição fiscal incongruente com uma política de saúde pautada em necessidades de saúde.

Nosso objetivo ao considerar o padrão de financiamento como um componente para a discussão do trabalho em saúde é o de afirmar que questões postas no âmbito da política em sua manifestação mais ampla influenciam, atuam e determinam suas possibilidades, impedimentos e desafios que, embora possam não ser imediatamente vistos ou analisados no cotidiano das instituições e serviços de saúde, estão lá presentes. Entendemos ainda que a desconsideração dos aspectos econômicos que atuam sobre a política e sobre o SUS é altamente funcional à lógica de valorização do capital no campo da saúde.

Um exemplo desse processo de valorização em curso é a renúncia fiscal na saúde, especialmente a renúncia destinada aos planos e seguros privados de saúde. Essa renúncia fiscal se inscreve num debate mais amplo acerca da relação entre público e privado.

Netto (1996) aponta eixos que tangenciam o sentido do público e privado no capitalismo em sua fase imperialista, nos apresenta direções que podem ser tomadas como fundamentais na observação na política de saúde. Segundo o autor,

A mercantilização universal das relações sociais [...] num primeiro instante monetariza as interações humanas e redundante, com a consolidação da ordem monopólica, na medida delas pelas instituições que plasmam os serviços – e estes se organizam crescentemente segundo a estrutura do monopólio (NETTO, 1996, p. 35).

Andreazzi (2012) esclarece a dinâmica entre público e privado no SUS como inscrita numa relação que se estabelece entre o Estado e o mercado. Conforme a autora,

Trata-se de um frágil, fugaz e mutante ponto arbitrário de corte temporal e geográfico de unidade de luta de contrários, pois mercado e Estado se complementam e disputam ao mesmo tempo. Processo que decorre da dinâmica de cooperação ou extração de excedente a partir dos diversos bens e serviços necessários à produção do cuidado em saúde e da competição entre seus respectivos agentes. E da dinâmica de reprodução da ordem através desse instrumento privilegiado que é o Estado, a partir da luta de classes existente em uma determinada formação social (ANDREAZZI, 2012, p. 31).

Nesse sentido, na política de saúde brasileira, vem se produzindo um movimento objetivo de financiamento público da iniciativa privada e, ao mesmo tempo, de incentivo à mercantilização da saúde. Ou seja, não se trata apenas da existência da oferta de serviços privados suplementares, mas do financiamento desses serviços via renúncia

fiscal.

É importante destacar que no Brasil esse “financiamento público do privado” acontece numa dinâmica orçamentária que reforça as desigualdades sociais. Como esclarecido por Salvador, no Brasil “o orçamento é financiado pelos pobres via impostos sobre o salário e por meio de tributos indiretos, sendo apropriado pelos mais ricos, via transferência de recursos para o mercado financeiro e acumulação de capital” (SALVADOR, 2012, p. 10).

O tema renúncia fiscal vem sendo analisado por autores como Dain et al. (2002), Sayd (2003), Ocké-Reis e Sophia (2009), Ocké-Reis e Santos (2011), Ocké-Reis (2013, 2014), Mendes e Weiller (2015). De forma geral, destacamos que esses autores apresentam elementos que apontam a renúncia fiscal aos planos e seguros privados de saúde como fomentadora de iniquidades no campo da saúde.

Os autores apontam, também, a necessidade de detalhamento acerca das informações da renúncia fiscal no Brasil, assim como a urgência de que esses dados de gasto tributário sejam integrados aos gastos públicos, dando visibilidade à questão. Esta questão apresentada pelos autores reitera a interpretação de que na dinâmica da sociedade brasileira, historicamente, há um obscurecimento dos critérios do gasto público, característico de uma sociedade com limitada participação social no que se refere à definição de prioridades de gasto público.

A renúncia fiscal na saúde acontece através da dedução de gastos no Imposto de Renda (IR). São deduções individuais no modelo completo de Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) referentes à contratação de planos de saúde e/ou despesas médicas/laboratoriais/hospitalares, e são dedutíveis do Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ), os gastos das empresas com os planos de saúde coletivos. A renúncia fiscal se dá, também, através de concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (dentre tantos outros, Hospital Israelita Albert Einstein, Sociedade Beneficente de Senhoras, Hospital Sirio-Libanês, Hospital Moinhos de Vento, Hospital do Coração e as Santas Casas de Misericórdia) e à indústria químico-farmacêutica.

Dain et al. (2002) informa que o conceito de renúncia fiscal (ou renúncia de arrecadação) não é consenso entre os países, contudo,

[...] a renúncia de arrecadação só se justifica, com vistas a se alcançar um objetivo preciso. Da perspectiva da mensuração, uma base de tributação ampla permite estabelecer um padrão, ou normas claras, para a quantificação da renúncia. Finalmente, é preciso que o recurso à renúncia, como instrumento de indução, não seja neutralizado pela ação, simultânea, de outros instrumentos (DAIN et al., 2002, p. 216-217).

Dain et al. falam da definição de objetivos e finalidades, isto é, a importância da “qualificação da renúncia fiscal”. Entendemos que essa é a pergunta-chave para a discussão desse processo de renúncia fiscal. A quem a renúncia fiscal concedida aos planos e seguros privados favorece? Quais os interesses e objetivos expressos nessa renúncia?

A população brasileira em 2016, segundo dados de projeção do IBGE, é de cerca

de 205.550.000 pessoas, todas com direito garantido de acesso ao SUS. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicados no ano corrente, referentes a dezembro de 2015, o mercado de planos de saúde privados tem 49.730.40 milhões de beneficiários. Nesse mercado, 33,1 milhões de pessoas estão em planos do tipo coletivo empresarial; 9,6 milhões na modalidade individual/familiar; e 6,6 milhões de pessoas em coletivos por adesão. Com relação às operadoras, 1.340 tem registro ativo na ANS.

Em 2015, os planos de saúde privados que ofertam serviços aos brasileiros constituíram uma “cartela de clientes” – um mercado – com um contingente populacional superior à população de cada um dos 11 (onze) países que, excetuando o Brasil, compõem a América Latina. Trata-se, obviamente, de um grande mercado que se constituiu e prosperou (OCKÉ-REIS et al., 2006) em um país com um sistema de saúde público e universal.

Ocké-Reis (2014) entende que uma das contradições postas ao relacionar o padrão de financiamento do SUS com a renúncia fiscal aos planos de saúde reside no fato de que os gastos com os planos diminuem os gastos de estratos superiores de renda e, pela mesma via, concedem recursos a uma atividade econômica lucrativa, e esse movimento se dá com prejuízo às ações do SUS que deveriam receber esses recursos públicos.

Segundo Ocké-Reis (2014, p. 263), com a renúncia fiscal no ano de 2012 a União deixou de arrecadar R\$ 18,3 bilhões, valor que representou 23% dos R\$ 80 bilhões aplicados pelo Ministério da Saúde naquele ano. A mercantilização da saúde acontece pela via da oferta de serviços privados e, ao mesmo tempo, com a existência da renúncia fiscal, através do impulsionamento da demanda por serviços privados de saúde. Trata-se da financeirização de recursos públicos e a apropriação do fundo público pelo capital, num contínuo movimento de reprodução do capital. Como advertem Bravo e Menezes,

O preceito constitucional da saúde como direito é ferido, ao ser substituído por uma abordagem da saúde como mercadoria a ser mais amplamente consumida, especialmente para as chamadas classes C e D, para impulsionar o atual modelo de desenvolvimento. Essa medida pode ser a formalização final para a instituição de um seguro saúde e para a criação de um Sistema Nacional de Saúde integrado com o setor privado, tendo como consequência acabar com o SUS ou torná-lo um sistema focalizado, consagrando o processo de universalização excludente, que vem ocorrendo desde os anos 1990 com a saída dos trabalhadores mais bem remunerados, que foram impulsionados à compra de serviços no mercado privado devido ao sucateamento do SUS (BRAVO; MENEZES, 2013, p.38-39).

Nesse sentido, a resposta ao questionamento acerca dos interesses expressos na renúncia fiscal e a quem estes favorecem aponta, também, o campo da saúde como espaço de refração do processo mais amplo de valorização do capital via Estado brasileiro. Essa compreensão é corroborada pela análise de Mészáros (2007) sobre o papel do Estado na reestruturação da acumulação capitalista contemporânea.

## CONCLUSÃO

Na discussão que travamos acerca do padrão de financiamento identificamos, no âmbito da política de saúde no Brasil, questões que materializam a tendência geral apontada por Mézáros (2007) sendo realizada num sistema público e universal de saúde. O que temos apresentado reitera a contradição posta: no Brasil, constitucionalmente, cabe ao Estado garantir o acesso universal e público às ações e serviços em todos os níveis de atenção à saúde. Ou seja, a saúde é um direito e uma conquista social e não um produto oferecido no mercado; contudo, a saúde é, também, um campo onde o Estado atua como “salvaguarda” capitalista em sua atual fase de desenvolvimento histórico.

Em nossa compreensão é impossível pensar a realização do trabalho em saúde desconsiderando as dimensões econômicas e políticas presentes nas disputas em torno da saúde no Brasil. Nosso objetivo ao considerar o padrão de financiamento da política de saúde, bem como alguns de seus desdobramentos, como um componente para a discussão do trabalho em saúde foi o de tentar demonstrar que questões postas no âmbito da política influenciam, atuam e determinam parâmetros nas práticas de saúde nas instituições e serviços de saúde. Entendemos que o padrão de financiamento, dentre outras questões, aponta pistas para analisarmos os sentidos assumidos pela política de saúde na sua relação com a sociedade e com o mercado; e determina condições objetivas e materiais para a realização do cotidiano do trabalho em saúde e formação para o SUS (recursos humanos, recursos de infraestrutura, insumos etc.). Em nossa percepção, uma análise do trabalho e da formação em saúde que desconsidera os aspectos econômicos que atuam sobre a política de saúde, e que aparecem de forma mediata nas instituições e serviços, é altamente funcional à lógica de valorização do capital.

## REFERÊNCIAS

- ANDREAZZI, M. F. S. **O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil.** In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos. São Paulo: Cortez, 2012.
- BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **A Política De Saúde Na Atual Conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma.** In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas. São Paulo: Papel Social, 2013.
- DAIN, S.; QUADROS, W. L.; CAVALCANTI, C. E. G. **Renúncia fiscal e assistência médica suplementar.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica Suplementar. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2002.
- GANEV, E. **Políticas Sociais na perspectiva socialista, a partir da experiência cubana.** Revista Praia Vermelha, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 491-522, 2013.
- MENDES, A. **Tempos turbulentos da saúde pública brasileira: os impasses do financiamento no**

**capitalismo financeirizado**. São Paulo: Hucitec, 2012.

\_\_\_\_\_; WEILLER, J. A. B. **Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, abr./jun. 2015.

MÉSZÁROS, I. **O desafio e o fardo do tempo histórico: o socialismo no século XXI**. São Paulo: Boitempo, 2007.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1996.

OCKÉ-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. **O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado?** Revista Economia Contemporânea, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 157-185, jan./abr. 2006.

OCKÉ-REIS, C. O.; SOPHIA, D. C. **Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 72-79, jan./abr. 2009.

OCKÉ-REIS, C. O. **Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no Brasil: eliminar, reduzir ou focalizar?** In: Brasil em desenvolvimento 2014: estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2014.

\_\_\_\_\_; SANTOS, F. P. **Mensuração dos Gastos Tributários em saúde - 2003-2006**. Brasília, DF: IPEA; 2011.

OCKÉ-REIS, C. O. **Mensuração dos gastos tributários: o caso dos planos de saúde - 2003-2011**. Brasília, DF: IPEA, 2013.

SALVADOR, E. **Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil**. Serviço Social em Revista, Londrina, v. 14, n. 2, p. 04-22, jan./jun. 2012.

\_\_\_\_\_. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, N. R. **SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SCAFF, F. F. **Direitos Humanos e a Desvinculação das Receitas da União – DRU**. Revista de Direito Administrativo, Rio de Janeiro, v. 236, p. 33-50, abr./jun. 2004.

SILVA, L. B. **Democracia e Participação Popular: orçamento participativo no Estado do Rio Grande do Sul**. 2004. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004b

SAYD, P. D. **Renúncia fiscal e equidade na distribuição de recursos para a saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-7247-148-0



9 788572 471480