

Sistema Único de Saúde: redução das funções públicas e ampliação ao mercado

Unified Health System: Reduction of Public Functions and Market Expansion

Tânia Regina Krüger



Edição electrónica

URL: <http://journals.openedition.org/eces/4478>

DOI: 10.4000/eces.4478

ISSN: 1647-0737

Editora

Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra

Referência eletrónica

Tânia Regina Krüger, « Sistema Único de Saúde: redução das funções públicas e ampliação ao mercado », *e-cadernos CES* [Online], 31 | 2019, posto online no dia 15 junho 2019, consultado o 12 dezembro 2019. URL : <http://journals.openedition.org/eces/4478> ; DOI : 10.4000/eces.4478



TÂNIA REGINA KRÜGER

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REDUÇÃO DAS FUNÇÕES PÚBLICAS E AMPLIAÇÃO AO MERCADO*

Resumo: Este texto tem como objetivo problematizar as tensões na relação entre público e privado do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. As comemorações dos 30 anos do SUS aconteceram numa conjuntura política na qual o país se confronta com um retrocesso político-institucional sem precedentes e com um esfacelamento da garantia dos direitos de cidadania. Assumindo uma natureza exploratória, o texto foi desenvolvido com base numa revisão bibliográfica e documental e no marco normativo do SUS. Este estudo trata brevemente das contrarreformas que foram golpeando o SUS, desde a sua regulamentação e apresenta indicadores de como este vem se tornando funcional para o setor privado da saúde. Toda esta análise crítica não desconsidera que o SUS construiu serviços públicos relevantes e é uma das políticas sociais mais caras às lutas democrático-populares, podendo ser considerado, portanto, um patrimônio nacional.

Palavras-chave: Brasil, política social, relação entre público e privado, Sistema Único de Saúde.

UNIFIED HEALTH SYSTEM: REDUCTION OF PUBLIC FUNCTIONS AND MARKET EXPANSION

Abstract: This text aims to discuss the tensions in the relationship between the public and the private sectors in the Brazilian Unified Health System (UHS). The celebrations of the 30th anniversary of the UHS took place in a political conjuncture in which the country was facing an unprecedented setback in the political and institutional process and a disintegration of the guarantee of citizenship rights. Assuming an exploratory nature, the study was based on a bibliographical and documentary review of UHS regulations. It deals with counter-reforms that have been striking the UHS since its inception and displays indicators of how it has become functional to the private health sector. All this critical analysis does not disregard the fact that the UHS has built relevant public services and that it is one of the most important achievements in social policies for democratic and popular struggles, and can therefore be considered a national heritage.

Keywords: Brazil, relationship between public and private, social policy, Unified Health System.

* Este texto é parte dos resultados do projeto da pesquisa “Saúde e Serviço Social: planejamento, gestão, participação e exercício profissional”, desenvolvido no período entre 2015 e 2019, vinculado ao Núcleo de Estudos em Serviço Social e Organização Popular (NESSOP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no Brasil, e coordenado pela autora pesquisadora PQ2 do CNPq. O texto integra também o relatório de pesquisa de pós-doutorado da autora no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, Portugal, com orientação do Professor Doutor Mauro Serapioni, realizado em 2018.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), resultado do movimento da Reforma Sanitária no Brasil, institucionalizou-se como uma política pública estatal, universal, descentralizada, gratuita e com participação da comunidade. Os seus fundamentos expressam as contradições da sociedade e o caráter liberal, democrático e universalista desta, ao combinar políticas estatais universais, contributivas e focalizadas em políticas de mercado. Com 30 anos completos em 2018, o SUS encontra-se em franco processo de dilapidação e desconstitucionalização.

Esse brutal desmonte do SUS teve início em 2016 e o colocou numa encruzilhada que parece ultrapassar as contrarreformas que vivenciou desde 1990. O desmonte dos princípios doutrinários (o sentido de público, coletivo, universal, integral e participativo) e dos princípios organizativos (base orçamentária, contratação de trabalhadores, resolutividade dos serviços, forma de gestão, etc.) vem acontecendo de forma agressiva, ainda que esses princípios permaneçam na forma da lei (Brasil, 1990a).

Assim, nessa conjuntura, o presente texto tem como objetivo problematizar a relação entre público e privado no SUS, considerando a sua tensa trajetória de institucionalização e implementação. A desconstitucionalização do SUS, aqui também chamada de contrarreforma, está avançando num contexto de desmonte e privatização de empresas e dos serviços públicos estatais. E aí se colocam os desafios para identificar e refletir sobre as implicações e imbricações da relação entre público e privado no SUS, pois os interesses privados entranhados no sistema formam uma pressão que está desmontando o sentido de direito público e coletivo pela necessidade de acesso desse setor ao fundo público.

Tal retrocesso é resultado de um esfacelamento da garantia dos direitos de cidadania como medida do extremo ajuste liberal no campo econômico, fiscal e social da crise, mas que espetacularmente é divulgado como *Uma ponte para o futuro* (PMDB, 2015), como um manifesto *Brasil 200 anos* (Mortanari, 2018), como sendo *Um ajuste justo* (Banco Mundial, 2017) e ainda como *O caminho da prosperidade – Proposta de plano de governo: constitucional, eficiente e fraterno* (Bolsonaro, 2018). Ou seja, é uma conjuntura de desconstitucionalização que envolve diretamente emendas constitucionais, legislação infraconstitucional nas esferas nacional e subnacionais, redução do financiamento e sucateamento dos serviços públicos. Todo este processo está permeado por uma crise ideológica e política que está destruindo, com o apoio dos meios de comunicação, as bases relativamente progressistas do Estado democrático, timidamente construídas.

Tendo uma natureza exploratória, o texto foi desenvolvido com base numa revisão bibliográfica e documental e no marco normativo do SUS, bem como na sistematização

de experiências oriundas de diferentes vivências políticas e acadêmico-profissionais do trabalho na saúde. O texto foi estruturado em duas partes: a primeira, sobre a trajetória de implementação do SUS e suas contrarreformas; a segunda sobre a redução do SUS como serviço público e a sua ampliação para os serviços privados de saúde. Toda esta análise crítica não desconsidera que o SUS é uma das políticas sociais mais caras às lutas democrático-populares brasileiras, podendo, portanto, ser considerado um patrimônio nacional.

1. SUS: CONFLITOS ENTRE OS FUNDAMENTOS DEMOCRÁTICOS E AS CONTRARREFORMAS

Segundo os fundamentos do SUS, a saúde não é o resultado de um procedimento biológico-curativo a ser tratado pelos serviços médicos e medicamentos (Paim, 2011), mas sim resultado de determinações socioeconômicas que devem ter uma resposta no espaço público, mediada pela participação dos sujeitos sociais num contexto de Estado democrático.

A partir de 1990, o Estado brasileiro foi adequando a sua gestão às políticas neoliberais e se organizando como um Estado liberal-social. O governo de Fernando Henrique Cardoso caracterizou-se pela implementação de políticas estatais e privatistas. Este governo questionou as aspirações democráticas da década de 1980 e da Constituição de 1988 e colocou-as como empecilho à governabilidade e à modernização; por isso organizou políticas para a flexibilização do mundo do trabalho e subsidiou as privatizações com fundos públicos por intermédio do sistema bancário.¹

Nessa década, o Movimento da Reforma Sanitária, por ter centrado as suas forças na conquista do arcabouço legal, ficou em posição defensiva, por vezes resistindo aos ataques ao SUS e por vezes assumindo, através de seus membros, cargos em governos de caráter progressista nas instâncias subnacionais. Evidenciou-se na época a fragilidade político-organizacional dos espaços institucionalizados de participação – Conselho e Conferências –,² apesar de resistências locais para enfrentar o desfinanciamento, a desconcentração de serviços e a recentralização das decisões e dos recursos. A reafirmação do SUS como política pública universal de caráter coletivo e obrigação do Estado, na maioria das vezes nos espaços dos Conselhos e Conferências, assim como nos movimentos sociais, na academia e na organização dos gestores, cedeu lugar a reivindicações mais imediatistas para que se cumprisse a lei,

¹ O Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), 100% estatal, vem sendo o principal gestor das privatizações federais e assessor das privatizações estaduais brasileiras. Como o mercado de capitais não tem financiado as privatizações o BNDES, faz empréstimos diretos aos compradores (C. Santos, 1997).

² A Constituição de 1988, artigo 198, indica que uma das diretrizes do SUS é a participação da Comunidade. A Lei 8.142/1990 regulamentou determinou que a participação da comunidade se dará desse em dois espaços colegiados, o Conselho e as Conferências (Brasil, 1990a, 1990b).

organizasse a rede de serviços, se realizassem concursos públicos e se prestassem os serviços (Bravo e Menezes, 2010).

Em 2002, a vitória de Lula, do Partido dos Trabalhadores (PT), nas eleições presidenciais, teve um significado real e simbólico para um país dotado de enorme conservadorismo e desigualdades. Foi uma vitória tardia, pois para poder vencer e governar, o PT fez concessões, abandonou bandeiras que o caracterizaram desde 1979 e aliou-se a grupos políticos de centro-direita vinculados ao capital industrial, buscando os riscos do apoio de uma base pluriclassista, mas sempre disposto à mediação entre as ações que buscavam a elevação dos padrões de vida dos mais pobres e as que propiciaram ganhos à elite (Antunes, 2004; Belluzzo, 2013).

Na saúde, como nas demais políticas sociais, os governos do Partido dos Trabalhadores propiciaram certa reanimação das forças progressistas, destacando-se o retorno à concepção de Reforma Sanitária; a escolha de profissionais comprometidos com a Reforma Sanitária para ocuparem cargos de responsabilidade no Ministério da Saúde; a convocação das Conferências Nacionais de Saúde com regularidade; a aprovação da Política de Atenção Básica e do Pacto Pela Saúde em 2006 para retomar alguns princípios do SUS; a ênfase na Estratégia de Saúde da Família como política estruturante e porta de entrada preferencial no SUS; o incentivo à formação de profissionais de saúde com perfil para trabalhar no SUS; a aprovação da Política Nacional de Medicamentos e da Saúde Bucal entre outros (Bravo e Menezes, 2010).

Ao mesmo tempo evidenciaram-se fragilidades na implementação do SUS, como por exemplo uma concepção de Seguridade Social desarticulada da Previdência e Assistência Social; a não aprovação do Plano Único de Cargos, Carreira e Salários (PCCS); o silêncio do Ministério da Saúde perante a multiplicação de serviços entregues às organizações sociais, nas esferas subnacionais do SUS, e perante as inúmeras denúncias quanto à qualidade desses serviços; e, também, a omissão do Ministério perante a desvinculação formal dos hospitais das universidades, quando em 2011 foi criada a Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares – EBSEH, uma empresa pública de direito privado destinada a gerir os 37 hospitais Universitários públicos-federais (Brasil, 2011a).

Com a assunção ilegítima a Presidência da República, por Michel Temer em 2016, o Estado brasileiro vem adotando políticas radicais de austeridade fiscal, num processo contínuo de redução dos direitos sociais e de mercantilização da gestão e prestação dos serviços sociais, bem como de redução do financiamento da seguridade social. Com a sua agenda conservadora, o governo Temer não só acirrou o fortalecimento do setor privado em detrimento do SUS, como oportunizou as maiores manifestações do populismo de direita. Nesse governo, a aplicação da política de austeridade adquiriu

contornos dramáticos, deixando o SUS com uma “atuação subordinada e subalterna, como recurso complementar ao mercado” (Miranda, 2017: 399).

Destacamos aqui algumas medidas recentes que expressam este desmonte do SUS:

- a) a aprovação da Emenda Constitucional (EC 95), que limita o crescimento das despesas primárias à taxa de inflação, durante um período de 20 anos;
- b) a revisão das diretrizes da Atenção Básica (Brasil, 2017b), num sentido oposto à perspectiva integradora da Atenção Primária à Saúde (APS);
- c) a significativa redução do Programa Farmácia Popular;
- d) a alteração das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), o que significa um retrocesso da Reforma Psiquiátrica Brasileira e que pode ter como consequência a desassistência e retorna da institucionalização;
- e) a limitação do credenciamento das Instituições de Educação Superior exclusivamente à oferta de cursos de graduação na modalidade à distância, sem prever um tratamento diferenciado para a área da saúde (Brasil, 2017a);
- f) a decisão da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) relativamente a liberar o uso de Benzoato de Emamectina, um agrotóxico agressivo, que havia sido proibido em 2010 por elevada neurotoxicidade e suspeita de causar malformações;
- g) a redução dos blocos ou áreas de financiamento do SUS de seis³ para dois: um de custeio, que concentra a quase totalidade dos recursos federais, e outro de investimento. Em nome da flexibilização, esta política fragmenta e desfigura o sistema de financiamento definido pelo Pacto pela Saúde (Brasil, 2007), comprometendo nas esferas infranacionais a manutenção e a ampliação dos serviços e dando mais *liberdade* à gestão para atender as conveniências políticas locais (Brasil, 2017c).

Em fins de 2018 a eleição de Jair Bolsonaro para presidente representou no país uma escancarada viragem à direita e uma divisão profunda da sociedade. Vive-se uma onda reacionária diferente das outras, que tenta acabar com a distinção entre ditadura e democracia. A opinião pública está sendo destruída com notícias falsas que transformam o adversário em inimigo (B. S. Santos, 2018). Para se eleger, o novo presidente apresentou-se como candidato antissistema, encarnou a rejeição e as insatisfações populares com um discurso violento, baseado no senso comum. As suas declarações antidemocráticas receberam da população apoio acrítico incondicional.

³ Os blocos de financiamento do Pacto pela Saúde eram: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (Brasil, 2007).

Este governo, segundo Martins (2018), inicia-se com uma aliança entre a burguesia emergente, centrada no empresariado neopentecostal, o agronegócio, o rentismo, a oficialidade militar, o grande capital estrangeiro e o imperialismo estadunidense antiliberal.

Mesmo antes de iniciar o governo, o SUS teve uma das suas maiores perdas, pois o Governo cubano decidiu retirar do país os profissionais que pertenciam ao Programa Mais Médicos,⁴ em função das “declarações ameaçadoras e depreciativas” do presidente eleito para com aquele governo. A saída de aproximadamente 8500 médicos do país afetou 28 milhões de pessoas em 1575 municípios brasileiros (Matoso, 2018; Conselho Nacional de Saúde, 2018).

O ministro da saúde do novo governo, Luiz Henrique Mandetta, em seu discurso de posse, referenciou o SUS como *uma continuidade de saberes*, ao mesmo tempo que prometeu cumprir o desafio constitucional de a saúde ser um direito de todos e um dever do Estado. Mas essa promessa não combina com a ênfase que ele colocou no grande compromisso com a família, com a fé, com o país e com a pátria, revelando a sua histórica relação com o setor filantrópico e com empresas e políticos vinculados ao setor privado da saúde (Brasil, 2019b).

Ao longo dos seus 30 anos, o SUS foi marcado por momentos de valorização e por momentos de desvalorização dos seus fundamentos, ou seja, o Estado democrático, a igualdade, a democracia e a saúde como direito coletivo e obrigação do Estado. No sentido da valorização, o SUS ganhou sustentabilidade institucional, por meio de uma rede de instituições de ensino e pesquisa nas universidades, nos institutos e nas escolas de saúde pública, nos colegiados de participação e controle social e por meio de uma rede de entidades e movimentos sociais que o defendem. Igualmente ganhou materialidade que se expressa em estabelecimentos, trabalhadores, equipamentos, tecnologias, sistemas de informação, serviços amplamente reconhecidos, indicadores de atendimento e recursos efetivamente gastos que se contam em milhões⁵ (Paim, 2018). O impacto dos serviços do SUS nas condições de vida parece ser muito positivo, o qual se deve a diversas medidas e políticas, de entre as quais se destacam: o combate à pobreza, o programa farmácia popular, o serviço de urgência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU), o programa de saúde bucal, a inclusão social (políticas de saúde para as populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas, em situação de rua e

⁴ O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado em 2013 pelo Governo Federal para a melhoria do SUS, levando mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais. O programa previu mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação e residência médica para qualificar a formação dos seus profissionais (Brasil, 2019a).

⁵ A informação sobre os números e as realizações do SUS pode ser colhida nos Planos Nacionais de Saúde quadrienais (2004-2007; 2008-2011; 2012-2015; 2016-2019).

LGBT), o Programa Mais Médicos, a criação e ampliação de unidades e equipes da Estratégia Saúde da Família e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (Brasil, 2011b, 2016).

No sentido inverso, estas três décadas foram também marcadas por ações políticas regressivas, sendo imperioso reconhecer a existência de obrigações legais que não foram cumpridas, designadamente as relacionadas com o princípio da universalidade e o financiamento público.

Apesar de todos os governos terem assumido a defesa do SUS nas campanhas eleitorais, nenhum deles adotou seriamente a sua implantação como projeto prioritário devido à pressão da agenda neoliberal. Segundo Paim:

esse aspecto negativo é agravado pelas limitadas bases sociais e políticas do SUS que não conta com a força de partidos, nem com o apoio de trabalhadores organizados em sindicatos e centrais para a defesa do direito à saúde inerente à condição de cidadania [...]. O SUS sofre resistências de profissionais de saúde, cujos interesses não foram contemplados pelas políticas de gestão do trabalho e educação em saúde. Além da crítica sistemática e oposição da mídia, o SUS enfrenta grandes interesses econômicos e financeiros ligados a operadoras de planos de saúde, a empresas de publicidade e a indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. (2018: 1725)

A permanente indefinição quanto ao seu financiamento conduziu o SUS a uma enorme instabilidade e a uma situação de subfinanciamento crônico. A insuficiência dos recursos do SUS reflete-se negativamente na rede de infraestruturas públicas, na remuneração dos seus trabalhadores e nas respostas à população, obrigando-o a comprar serviços ao setor privado. Para Paim (*ibidem*), essa indefinição leva a um duplo boicote ao SUS: “um boicote passivo através do subfinanciamento público e ganha força um boicote ativo”, quando o Estado reconhece e privilegia o setor privado com subsídios, empréstimos, desonerações e contratualizações. Este favorecimento do SUS ao setor privado torna o sistema de saúde brasileiro, segundo Ocké-Reis (2018: 2037), numa estrutura duplicada e paralela, forjando uma falsa equidade do sistema. Parecendo aceitável que o Estado atenuie o conflito distributivo, decorrente da aplicação de subsídios aos estratos superiores de renda, ele acaba por promover o mercado de planos de saúde privados.

Também o modelo tecnoassistencial e gerencial⁶ não sofreu descontinuidade. Persiste a perspectiva de uma administração pública gerencial que se pauta pela proposta de esvaziamento do papel do Estado de regulador das relações e de prestador de serviços públicos, ficando as suas atividades vinculadas às demandas do mercado. Para Marco Aurélio Nogueira, este clima ideológico solidificou-se quando as forças neoliberais vieram “a público proclamar que o Estado simbolizava o atraso indesejável e a constituição da modernidade, por todos almejada, dependia da negação do Estado” (Nogueira, 1998: 124). Deste modo, o entendimento sobre administração pública gerencial dominante, que coloca o Estado como gestor ineficiente e apresenta a gestão gerencial como sinônimo de eficiência, está de acordo com o segmento político e econômico que o defende e com o seu projeto político-econômico. Segundo Souza Filho (2006: 323), a hegemonia ideológica do projeto gerencialista ataca a finalidade de universalização de direitos, a dimensão racional e impessoal da ordem administrativa burocrática e promove a privatização de empresas e dos serviços públicos estatais.

São inúmeras as situações que vêm descaracterizando e desconstitucionalizando o SUS que já não cabem nos limites desse texto. Mas é certo que no SUS, como em grande parte do território nacional, há um imenso descuido com a ambiência, com a eficiência da gestão pública e, o mais grave, com as pessoas que usam e trabalham no sistema, criando inúmeras barreiras à base de sustentação social e ao reconhecimento nacional do SUS. O SUS vem se transformando, gradualmente, em mais um espaço dominado pela velha e tradicional promiscuidade da política brasileira, confirmando um padrão de descaso e de desrespeito em relação à dignidade humana e ao uso da riqueza socialmente produzida.⁷

⁶ O projeto gerencialista no âmbito de um projeto político-econômico conservador avança de maneira considerável no desmonte e privatização de empresas e dos serviços públicos estatais, pois reivindica para si o atendimento dos que têm acesso ao mercado e o acesso ao fundo público para fazer a gestão dos serviços SUS. Com essa política, os usuários dos serviços passam progressivamente a ser vistos como consumidores e clientes ao invés de cidadãos, ficando o Estado a atender os comprovadamente mais pobres (Souza Filho, 2006). Sob o pretexto de maior eficiência, exemplificamos, o Estado brasileiro repassa recursos aos empresários através de inúmeras figuras jurídicas, como as organizações sociais (OS), as Parcerias Público-Privadas (PPP), as Fundações Estatais de Direito Privado e Empresas Públicas (como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH).

⁷ Mais um exemplo do descaso com proteção social da população brasileira pode ser exemplificado no Decreto presidencial n.º 9.699, de 8 de fevereiro de 2019. Transfere dotações orçamentárias constantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União para diversos órgãos do Poder Executivo Federal, para encargos financeiros da União e para transferências a Estados, Distrito Federal e Municípios, no valor de R\$ 606 056 926 691,00.

2. SUS: FUNCIONAL AO SETOR PRIVADO E REDUZIDO NAS SUAS FUNÇÕES PÚBLICAS E COLETIVAS

Os 30 anos do SUS também foram marcados por uma queda do seu peso na despesa pública, entre 2010 e 2015, enquanto a saúde privada passou a representar uma fatia maior do que em países ricos.⁸

A história do SUS pautou-se por uma contradição fundamental que consiste na segmentação dos serviços devido ao uso da dupla cobertura pelo sistema público e pelo setor privado. A defesa dos fundamentos da Reforma Sanitária e do SUS sempre foram tensionados pela corrente antissanitarista, que defende o Estado mínimo, o paradigma privatista, os serviços curativos e o médico-centrado. Este setor sobrevive e moderniza-se com o financiamento do Estado e com a venda de seus serviços e produtos ao SUS, embora vinculado aos planos e seguros privados, à rede de hospitais filantrópicos e ao setor privado da saúde (hospitais, clínicas, indústria de medicamentos e equipamentos) (Bahia, 2018).

O setor privado da saúde defende que o sistema público é para atender os pobres, as regiões distantes do país, os serviços de vigilância à saúde, atender as calamidades e garantir os serviços de alto custo, pois nesses serviços o próprio setor privado é usuário. Este segmento, segundo Ronaldo dos Santos (2018a), estrutura-se a partir de uma racionalidade privada mercantil e vem operando uma inversão de valores, convertendo a universalidade e a gratuidade dos serviços em resíduos históricos regressivos e em privilégios, e defende as parcerias privadas como arranjos superiores à administração direta estatal.

Estima-se que 30% da população brasileira seja cliente de planos privados de saúde (Bocchini, 2018). Esta segmentação evidencia o aumento das desigualdades em saúde, o deslocamento da base social de apoio ao SUS e promove a cultura corporativa de direitos presente nas relações de trabalho. Conforme Ronaldo dos Santos (2018a), os planos coletivos privados representam 76% desse mercado e se relacionam essencialmente com as demandas sindicais.⁹ Essa cultura corporativa de direitos nas relações de trabalho é uma das causas do aumento das desigualdades em saúde, da não universalização dos serviços e impõe sérios limites à construção de uma base social de apoio ao SUS. Para Ronaldo dos Santos (2018a), este tipo de prática do mundo do

⁸ Os dados da pesquisa *Conta-Satélite de Saúde Brasil 2010-2015*, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), evidenciam que os gastos privados somaram 57,6% do total dos gastos com saúde no país e os gastos do setor público representaram 42,4% do total em 2015 (Sobrinho, 2018).

⁹ A relação entre os sanitaristas e os sindicalistas na análise de Santos (2018b) caracteriza-se pela persistência do “não diálogo”. Com a implementação do SUS, a assistência à saúde para parte da classe trabalhadora sindicalizada transitou gradativamente do modelo corporativo público estatal para uma dimensão corporativa mercantil. Os estudos do autor apontam que as demandas por planos de saúde privados tem sido uma pauta privilegiada nos acordos e convenções coletivas de trabalho e, contraditoriamente, o tema não ganhou centralidade nos debates dos sanitaristas defensores do SUS.

trabalho ainda alimenta a racionalidade econômico-corporativa, o desconhecimento da magnitude dos serviços que o SUS realiza na atenção aos acidentes de trabalho e a baixa integração dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) – nos serviços de atenção básica, média e alta complexidade.¹⁰

A arrecadação do governo federal é reduzida, pois a pessoa física ou jurídica pode abater do imposto a pagar os gastos comprovados com planos e serviços particulares de saúde. Outra contradição no plano institucional do SUS é que os funcionários dos poderes executivo, legislativo e judiciário – isto é, o núcleo do poder decisório do Estado brasileiro – são cobertos por planos privados de saúde parcialmente financiados pelos empregadores públicos, e contam com benefícios da renúncia fiscal. Tal benefício significa a isenção do pagamento de tributos, especialmente no Imposto de Renda, por parte da pessoa física ou jurídica que contrata o plano privado de saúde. Essa política de renúncia da arrecadação fiscal provoca uma subtração de recursos ao SUS que correspondeu a um terço das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde do Ministério da Saúde, entre 2003 e 2015 (Ocké-Reis, 2018). A isenção fiscal concedida aos planos de saúde por parte da União possibilita parte dos altos investimentos privados da saúde. “Esses subsídios equivaleram a 30% dos gastos federais com saúde em 2016” (Sobrinho, 2018).

Tais iniciativas espelham a tendência de fortalecimento do setor privado em saúde, mas, contraditoriamente, o mercado requer um SUS que lhe seja funcional, nos termos de Paim:

este SUS que está aí ainda é muito orgânico aos interesses privados. Além de comprar medicamentos e equipamentos, atender às empreiteiras para construir UPAs e hospitais, o SUS funciona como um resseguro para essas empresas de planos de saúde. Quando o risco sobe, elas jogam o cliente para o público. Então, a princípio, não é interessante para eles que o SUS acabe. (*apud* Mathias, 2018)

Para além do problema histórico do subfinanciamento, novas estratégias do capital para a saúde corroem os pilares de um sistema público e universal, pressupondo a responsabilidade dos indivíduos e a ajuda do Estado, desaparecendo a figura jurídica

¹⁰ O CEREST é um local de atendimento SUS especializado em Saúde do Trabalhador, o qual recebe usuários encaminhados pela a rede básica; o trabalhador formal dos setores privado e público; o trabalhador autônomo; o trabalhador informal; e o trabalhador desempregado acometido de doença relacionada com o trabalho realizado. O CEREST presta assistência especializada aos trabalhadores acometidos por doenças e/ou acidentes relacionados com o trabalho; realiza promoção, proteção, recuperação da saúde; investiga as condições do ambiente de trabalho utilizando dados epidemiológicos e é uma fonte geradora de conhecimento para indicar se as doenças estão relacionadas com as atividades que elas exercem (Brasil, 2015b).

do direito à saúde. Para exemplificar, a tramitação no Brasil da criação dos Planos de Saúde Acessíveis (populares) se assenta nas seguintes premissas: segmentação das coberturas assistenciais, redução da lista dos procedimentos com cobertura obrigatória, redução do valor que as operadoras devem restituir ao SUS e reajustes regulares da mensalidade de pessoas com mais de 60 anos de idade, regulados pela Lei n.º 9.656 de 1998 (ABRASCO, CEBES e IDEC, 2017; Brasil, 1998).

O processo de desconstitucionalização do SUS pode ainda ser ilustrado com inúmeras alterações legislativas, tais como a Lei n.º 13.097/2015, que estabelece a permissão do investimento de capital estrangeiro nos serviços de saúde e da contratualização como serviço complementar ou como gestor do SUS (Brasil, 2015a). Na análise de Mendes e Funcia (2016: 159) “essa Lei veio para dificultar ainda mais a possibilidade de ampliarmos o direito à saúde e assegurar a insaciabilidade do capital na forma de apropriação do fundo público”.

As contradições fundamentais e os dados oficiais sobre SUS permitem-nos afirmar com certa facilidade que o SUS nunca foi universal. As proporções relativas da despesa pública (42%) e privada (58%), que pouco oscilaram nas últimas três décadas (Bahia, 2018), ajudam a sustentar a evidência da não universalização. Mas a estes gastos privados estão vinculados cerca de 50 milhões de pessoas, ou seja, a 25% da população brasileira, que também utiliza o SUS. “O setor público predomina na produção total de atividades (65%), mas recebeu apenas 10% dos valores de remuneração, ao passo que o privado e o filantrópico, responsáveis por 35% dos atendimentos, 90%” (*ibidem*). Não existindo solução única, muito menos de corte tecnocrático, para universalização do SUS, um dos caminhos é aumentar a despesa pública em saúde.

A despesa total em saúde, no Brasil, atingiu 8,3% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2014, valor próximo ao de alguns países desenvolvidos (Figueiredo *et al.*, 2018). Contudo, em relação à despesa total em saúde, a despesa pública foi de apenas 48,2%, inferior ao de países latino-americanos (Argentina, 67,1%; Colômbia, 76%; Costa Rica, 75%; Cuba, 93%; e México, 51,7%) e equiparável ao dos Estados Unidos (47,1%). Os países com forte investimento público despendem mais de 70% da despesa total em saúde (*Jornal Económico*, 2017; Reis *et al.*, 2016). Evidências internacionais sugerem que a universalização dos sistemas de saúde implica gastos públicos iguais ou superiores a 70% dos gastos totais em saúde, situando-se o Brasil mais de 20 pontos percentuais abaixo desse patamar.

Esta funcionalidade do SUS no setor privado é evidenciada em manifestações do setor privado da saúde, como por exemplo o Fórum Saúde do Brasil, realizado em 2018, promovido pela Folha de São Paulo e patrocinado pela Amil e ANAB (Associação Nacional de Administradoras de Benefícios). Na avaliação dos especialistas que

participaram desse Fórum, o SUS, que faz 30 anos, é referência em saúde pública, porém tem o desafio de melhorar o atendimento no tratamento de média complexidade, justamente no serviço que é mais lucrativo para o setor privado (Lott, 2018).

Na avaliação de Paim (2018), “a luta pela privatização está saindo do armário e chegando ao DNA do nosso arcabouço legal que é a Constituição de 1988. É um ataque ao pacto que foi construído depois da ditadura”. Neste contexto e a partir de 2016 apareceram no cenário nacional várias entidades a propor uma segunda alma para o SUS, ou a sua refundação numa base de complementaridade entre público e privado. É o caso da Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp), a Coalizão Saúde, a Federação Brasileira de Planos de Saúde (FEBRAPLAN) e o Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde (CBEXs), que convergem na defesa da integração total entre o SUS e o setor privado (Mathias, 2016).

Por esta via, a esfera pública está sendo colocada a serviço do mercado e alijada da sua estrutura institucional e dos seus fundamentos¹¹ como serviço público de cidadania. Assim, a defesa do direito à saúde e do SUS torna-se uma agenda permanente para os movimentos sociais e entidades que historicamente lutaram para a construção e a defesa do SUS constitucional, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Instituto de Direito Sanitário (IDISA) e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, entre outros segmentos sociais progressistas.

A estratificação complexa do SUS e a relação complementar com o setor privado marcaram os serviços que foram ou se aproximaram da universalidade: vigilância sanitária e epidemiológica, vacinações, zoonoses, vigilância da água, atenção básica, medicamentos para tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS, hipertensão, diabetes, serviços de alto custo e alta complexidade como a nefrologia e transplantes. O impacto dessas políticas de saúde foi reconhecido nacional e internacionalmente. A revista *British Medical Journal*, por exemplo, destacou os progressos associados aos vários programas sociais e de saúde que levaram a “um dos declínios mais rápidos na mortalidade abaixo de 5 anos já registrado” (Hennigan, 2010: 1190).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos 30 anos do SUS prevaleceu uma aceção positiva sobre a natureza democrática do projeto, mas a democratização dos cuidados de saúde permaneceu pendente de realização. Nessa implementação, o bloco político institucional e organizativo que

¹¹ Entendemos por fundamentos do SUS: a saúde como direito universal, o conceito ampliado de saúde, os seus objetivos, competências e princípios (artigos 5.º ao 7.º da lei n.º 8.080/1990), a determinação social da saúde e a gestão pública estatal com base no direito público.

formulou o SUS perdeu a sua capacidade de resistência e defesa dos princípios do sistema público de saúde. Assim, as agendas políticas dos governos dessas três décadas foram conformando novas tendências em relação à direção ideo-política do SUS. A perspectiva privatista alargou a relação com setor privado renovando as formas de contratos, subsídios e empréstimos suportados pelo fundo público. As associações e os grupos de representantes do setor privado, que raramente se manifestavam publicamente, estão aumentando a sua presença e o debate na agenda pública do SUS, em nome de uma retórica de defesa da saúde, que indiferencia o setor público e o privado. A defesa do SUS constitucional reside no segmento que defende as bandeiras do Movimento da Reforma Sanitária, mas que é hoje claramente contra-hegemônico.

Sabemos das contradições e divergências que acercam o debate da defesa do SUS no conjunto de entidades e movimentos sociais, mas torna-se necessária a articulação em torno da construção de uma política unitária e da revitalização das bandeiras de lutas em defesa dos direitos sociais, trabalhistas e previdenciários, de modo a alterar a presente correlação de forças que pende para o mais sombrio da humanidade.

O projeto brasileiro da Reforma Sanitária necessita dos rituais democráticos para seguir o processo de implementação do SUS de acordo com seus fundamentos. Os opositores de um sistema público de saúde sobreviveram à redemocratização, ao Movimento da Reforma Sanitária e ampliaram a sua ação nos 30 anos do SUS. Assim, a bandeira de gestão pública estatal, dos serviços públicos e do investimento no setor público não podem ser reivindicação menor do segmento que defende o SUS.

Revisto por Rita Cabral

TÂNIA REGINA KRÜGER

Universidade Federal de Santa Catarina
Rua Eng.º Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, s/n, Trindade, 88040-900 Florianópolis,
Santa Catarina, Brasil
Contacto: tania.kruger@ufsc.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO; CEBES; IDEC (2017), “Informe Abrasco, Cebes e Idec sobre possíveis alterações na Lei dos Planos de Saúde”, *ABRASCO*, 29 de setembro. Consultado a 10.02.2019, em <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/informe-abrasco-cebes-e-idec-sobre-possiveis-alteracoes-na-lei-dos-planos-de-saude/31004/>.

Antunes, Ricardo (2004), *A desertificação neoliberal no Brasil*. Campinas: Autores Associados.

- Bahia, Ligia (2018), “Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente”, *Cadernos de Saúde Pública*, 34(7). Consultado a 01.08.2018, em <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/505/trinta-anos-de-sistema-nico-de-sade-sus-uma-transio-necessria-mas-insuficiente-1/8>. DOI: 10.1590/0102-311X00067218
- Banco Mundial (2017), “Um ajuste justo - Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil”, 21 de novembro. Consultado a 05.02.2018, em <http://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report>.
- Belluzzo, Luiz Gonzaga (2013), “Os anos do povo”, in Emir Sader (org.), *10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil – Lula e Dilma*. Rio de Janeiro: Boitempo Editorial/FLACSO Brasil, 103-110.
- Bocchini, Bruno (2018), “Pesquisa mostra que quase 70% dos brasileiros não têm plano de saúde particular”, 21 de fevereiro. Consultado a 13.02.2019, em <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-02/pesquisa-mostra-que-quase-70-dos-brasileiros-nao-tem-plano-de-saude-particular>.
- Bolsonaro, Jair (2018), “O caminho da prosperidade. Proposta de Plano de Governo: constitucional, eficiente, fraterno”. Consultado em 10.12.2018, em https://static.cdn.pleno.news/2018/08/Jair-Bolsonaro-proposta_PSC.pdf.
- Brasil (1990a), Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Brasil (1990b), Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Brasil (1998), Lei n.º 9.656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Consultado a 25.11.2019, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm.
- Brasil (2007), Portaria n.º 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
- Brasil (2011a), Lei n.º 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; e dá outras providências. Consultado a 10.02.2019, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm.
- Brasil (2011b), “Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2012 a 2015”. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2015a), Lei n.º 13.097, de 19 de janeiro de 2015, Seção 1, p. 1. Brasília: DOU. Consultado a 05.10.2017, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13097.htm.
- Brasil (2015b), “Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST”, 20 de maio. Consultado a 12.02.2019, em <http://bvsm.s.saude.gov.br/dicas-em-saude/1086-centro-de-referencia-em-saude-do-trabalhador-cerest>.

- Brasil (2016), Plano Nacional de Saúde de 2016 a 2019. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2017a), Decreto n.º 9.057, de 25 de maio. Consultado a 12.02.2019, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9057.htm.
- Brasil (2017b), Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2017c), Portaria n.º 3.992/2017 de 28 de dezembro. Consultado a 14.02.2019, em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html.
- Brasil (2019a), “Mais Médicos para o Brasil, mais saúde para você”. Consultado a 14.02.2019, em <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>.
- Brasil (2019b), “Discurso de posse do ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta”, *Blog da Saúde*, 15 de janeiro. Consultado a 16.01.2019, em <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/geral/53718-discurso-do-ministro-da-saude-luiz-henrique-mandetta-transmissao-de-cargo>.
- Bravo, Maria Inês; Menezes, Juliana (2010), “A política de saúde no governo Lula: algumas reflexões”, in Maria Inês Bravo; Valério D’Acari; Janaina Bilate Martins (orgs.), *Movimentos sociais, saúde e trabalho*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 45-69.
- Figueiredo, Juliana Oliveira; Prado, Nilia Mara de Brito Lima; Medina, Maria Guadalupe; Paim, Jairnilson Silva (2018), “Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados”, *Saúde Debate*, 42(número especial 2), 37-47. Consultado a 25.11.2019, em <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe2/37-47/pt>.
- Conselho Nacional de Saúde (2018), “Médicos da atenção básica migram para mais médicos, gerando risco de desfalque no SUS”, *SUSCONNECTA*, 12 de dezembro. Consultado a 19.12.2018, em <http://www.susconnecta.org.br/medicos-da-atencao-basica-migram-para-mais-medicos-gerando-risco-de-desfalque-no-sus/>.
- Hennigan, Tom (2010), “A Revolution in Primary Healthcare”, *British Medical Journal*, 341(7784), 1190-1191.
- Jornal Económico* (2017), “Sabe como são as despesas de saúde nos vários países do mundo?”, 7 de abril. Consultado a 17.08.2018, em <https://jornaleconomico.sapo.pt/noticias/sabe-como-sao-as-despesas-de-saude-nos-varios-paises-do-mundo-143185>.
- Lott, Diana (2018), “Apesar de problemas, SUS é referência em saúde pública, dizem especialistas”, *Folha de São Paulo*, 23 de abril. Consultado a 29.04.2018, em https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2018/04/apesar-de-problemas-sus-e-referencia-em-saude-publica-dizem-especialistas.shtml?utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_campaign=compfb.
- Martins, Carlos Eduardo (2018), “9 notas sobre a conjuntura pós-eleitoral brasileira”, *Blog da Boitempo*, 30 de outubro. Consultado a 19.12.2018, em <https://blogdaboitempo.com.br/2018/10/30/9-notas-sobre-a-conjuntura-pos-eleitoral-brasileira/>.

- Mathias, Maíra (2016), “Uma segunda alma para o SUS?”, 9 de novembro. Consultado a 10.04.2018, em <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/uma-segunda-alma-para-o-sus>.
- Mathias, Maíra (2018), “Jairnilson Paim analisa os 30 anos do SUS”, *Outra Saúde*, 22 de março. Consultado a 24.03.2018, em <http://outraspalavras.net/outrasaude/2018/03/22/jairnilson-paim-uma-leitura-sobre-os-30-anos-do-sus/>.
- Matoso, Filipe (2018), “Saída de Cuba do Mais Médicos afeta 28 milhões de pessoas, diz Confederação dos Municípios”, *G1*, 15 de novembro. Consultado a 19.12.2018, em <https://g1.globo.com/politica/noticia/2018/11/15/saida-de-cuba-do-mais-medicos-afeta-28-milhoes-de-pessoas-diz-confederacao-dos-municipios.ghtml>.
- Mendes, Áquila; Funcia, Francisco Rózsa (2016), “O SUS e seu financiamento”, in Rosa Maria Marques; Francisco Sérgio Piola; Alejandra Carrillo Roa (orgs.), *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro/Brasília: ABrES/Ministério da Saúde/OPAS/OMS, 139-168. Consultado a 05.10.2017, em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf.
- Miranda, Alcides Silva de (2017), “A Reforma Sanitária encurralada? Apontamentos contextuais”, *Saúde em Debate*, 41(113), 385-400. Consultado a 29.09.2017, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200385&lng=pt&nrm=iso.
- Mortanari, Marcos (2018), “Flávio Rocha explica movimento ‘Brasil 200’ e pede presidente liberal na economia e conservador nos costumes”, *InfoMoney*, 18 de janeiro. Consultado a 25.11.2019, em <https://www.infomoney.com.br/politica/flavio-rocha-explica-movimento-brasil-200-e-pede-presidente-liberal-na-economia-e-conservador-nos-costumes/>.
- Nogueira, Marco Aurélio (1998), *As possibilidades da política*. São Paulo: Paz e Terra.
- Ocké-Reis, Carlos Octávio (2018), “Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2035-2042. Consultado a 17.08.2018, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2035.pdf>.
- Paim, Jairnilson Silva (2011), “Modelos de atenção à saúde no Brasil”, in Lúgia Giovanella; Sarah Escorel; Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato; José Carvalho Noronha; Antonio Ivo de Carvalho (orgs.), *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 547-573.
- Paim, Jairnilson Silva (2018), “Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1723-1728. Consultado a 11.02.2019, em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.
- PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro (2015), “Uma ponte para o futuro”, 29 de outubro. Consultado a 07.03.2019, em <https://www.fundacaoullysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>.
- Reis, Ademar Artur Chioro dos; Sóter, Ana Paula Menezes; Furtado, Lumena Almeida Castro; Pereira, Silvana Souza da Silva (2016), “Tudo a temer: financiamento, relação público e

privado e o futuro do SUS”, *Saúde em Debate*, 40(n.º esp.), 122-135. DOI: 10.1590/0103-11042016S11

- Santos, Boaventura de Sousa (2018), “Vivemos um ciclo reacionário diferente, que tenta acabar com a distinção entre ditadura e democracia”, *El País*, 6 de novembro. Entrevistado por Javier Martín Del Barrio a 2 de novembro. Consultado a 19.12.2018, em https://brasil.elpais.com/brasil/2018/11/02/internacional/1541181915_050896.html.
- Santos, Chico (1997), “BNDES financia 23,6% das privatizações”, *Folha de São Paulo*, 18 de dezembro. Consultado a 10.02.2019, em <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc181216.htm>.
- Santos, Ronaldo Teodoro dos (2018a), “SUS: um novo capítulo de lutas”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1719-1720. Consultado a 16.08.2018, em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05672018>.
- Santos, Ronaldo Teodoro dos (2018b), “A Teoria Sanitária e o Momento Corporativo: a crítica de um desafio não superado”, in Sonia Fleury (org.), *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro. Fiocruz, 183-220.
- Sobrinho, Wanderley Preite (2018), “Peso do SUS cai, e saúde privada tem fatia maior do que em países ricos”, *UOL*, 17 de dezembro. Consultado a 19.12.2018, em <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2018/12/17/sus-30-anos-gasto-publico-cai-ao-menor-nivel-em-relacao-ao-setor-privado.htm>.
- Souza Filho, Rodrigo de (2006), “Estado, burocracia e patrimonialismo no desenvolvimento da administração pública brasileira”. Tese de Doutorado em Serviço Social apresentada na Universidade Federal do Rio de Janeiro – Faculdade de Serviço Social, Rio de Janeiro, Brasil.