



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
COORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

**UMA ANÁLISE SOBRE O CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL N.º
29, NA MICRORREGIÃO DE CATOLÉ DO ROCHA/PB**

**CAMPINA GRANDE
2014**

MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

**UMA ANÁLISE SOBRE O CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL N°
29, NA MICRORREGIÃO DE CATOLÉ DO ROCHA/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Bacharelado em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento à exigência para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Me. Geraldo Medeiros Júnior

**CAMPINA GRANDE
2014**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central – UEPB

- O48a Oliveira, Marcelo Pereira de.
 Uma análise sobre o cumprimento da Emenda Constitucional n°
 29, na microrregião de Catolé do Rocha/PB [manuscrito] / Marcelo
 Pereira de Oliveira. – 2014.
 28 f. : il. color.
- Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social)
 – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais
 Aplicadas, 2014.
- “Orientação: Prof. Me. Geraldo Medeiros Júnior, Departamento
 de Serviço Social”.
1. Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Financiamento da Saúde.
 3. Emenda Constitucional n° 29. 4. Serviço Social. I. Título.

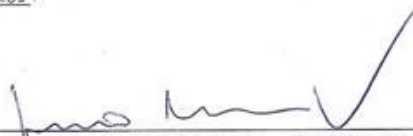
21. ed. CDD 362.1

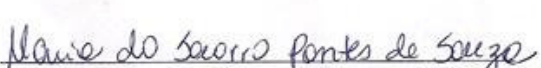
MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

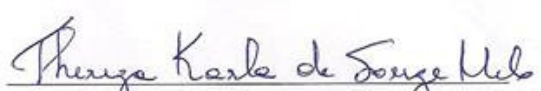
UMA ANÁLISE SOBRE O CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL N°
29, NA MICRORREGIÃO DE CATOLÉ DO ROCHA/PB

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Bacharelado em
Serviço Social da Universidade Estadual
da Paraíba (UEPB) em cumprimento à
exigência para obtenção do Título de
Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 15/10/2019
Nota: 8,5


Prof. Me. Geraldo Medeiros Júnior – DSS/CCSA/UEPB
Orientador


Profa. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza – DSS/CCSA/UEPB
Examinadora


Profa. Ma. Thereza Karla de Sousa Melo – DSS/CCSA/UEPB
Examinadora

Ao senhor Deus, que sempre iluminou meu Caminhar e mesmo diante dos obstáculos, me deu força para vencê-los.
Aos meus pais: José Paulo Pereira e minha querida mãe Terezinha Martins de Oliveira em especial por ter sempre me apoiado nessa árdua jornada de estudos.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Geraldo Medeiros Júnior, por ter me auxiliado nesse trabalho.

A todos os meus amigos e amigas que acompanharam minha trajetória de luta para obter esse título.

A minha Família que me deu condições financeiras, psicológicas e afetivas para romper as batalhas da vida.

A José Fábio, Rafael, Abimael, Renato e demais colegas que dividiram a enclausurada prisão (Apartamento) em Campina Grande.

A minha família de estudos que me acompanhou durante 4 anos de noites mal dormidas, angústias e alegrias: Polyana Diniz, Karina Mendes, Natalia Brito, Carmen Lúcia, Kamila Dantas e Natana Camila, por aturarem minhas brincadeiras cotidianas.

E, por fim, a todos os professores, Funcionários do Departamento de Serviço social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Receita de contribuições sociais selecionadas e os efeitos da desvinculação promovidos pela DRU, 2006 a 2012. Valores correntes, em R\$ milhões	19
Tabela 02 - Distribuição populacional da microrregião de Catolé do Rocha/PB por município em 2012	23
Tabela 03 - Despesa total em saúde por habitante segundo municípios no ano de 2012	23
Tabela 04 - Recursos próprios em saúde, emenda constitucional n° 29 por municípios (2000-2006)	24
Tabela 05 - Recursos próprios em saúde, emenda constitucional n° 29 por municípios (2007-2012)	25

LISTA DE SIGLAS

ANFIP	Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CF	Constituição Federal
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSS	Contribuição Social para a Saúde
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FSE	Fundo Social de Emergência
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPMF	Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
PIB	Produto Interno Bruto
PLP	Projeto de Lei Complementar
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

RESUMO	8
1 INTRODUÇÃO	9
2 A TRAJETÓRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	11
3 A LUTA PELO FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	17
4 ANALISANDO O CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL N° 29 NA MICRORREGIÃO DE CATOLÉ DO ROCHA/PB	21
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27

UMA ANÁLISE SOBRE O CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL N° 29, NA MICRORREGIÃO DE CATOLÉ DO ROCHA/PB

OLIVEIRA, Marcelo Pereira¹

RESUMO

O presente artigo propõe realizar uma análise sobre o cumprimento da emenda constitucional de n° 29, na microrregião de Catolé do Rocha/PB. O estudo partiu de uma pesquisa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), cota 2011-2012, tendo como tema: a política de saúde no município de Campina Grande: uma análise sobre a execução do plano municipal de saúde, realizando um estudo sobre os recursos da saúde, entrou-se em contato com a emenda 29, foi nesse contato que surgiu o interesse pela pesquisa na região de Catolé do Rocha/PB, região essa de minhas raízes maternas, Para isso se fez pertinente conhecer o desenvolvimento e a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), emergindo dentro de um movimento que lutava pela universalização da saúde pública e de qualidade. Procurou-se entender também como se procedeu as formas de financiamento do SUS e suas dificuldades ao longo de sua busca por mais recursos, com o intuito de fortalecimento de seus princípios. Dentro do arcabouço do sistema de saúde e na luta por seu financiamento foi aprovada a emenda 29, trazendo assim uma nova composição orçamentária para a fruição da saúde. Através de um estudo bibliográfico sobre a saúde relacionada com a emenda 29 e os dados coletados do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), pôde-se ver as aplicações de cada município da microrregião de Catolé do Rocha/PB, nos períodos que vão de 2000 a 2012. Dessa forma viu-se que os municípios não mediram esforços para atingir o mínimo exigido e que de forma gradativa em alguns anos até dobraram suas aplicações. A emenda 29 trouxe uma nova composição para a saúde na microrregião e despertou os municípios na luta constante pelo melhoramento e promoção da cidadania.

Palavras-Chave: Emenda Constitucional n° 29. SUS. Financiamento da Saúde.

ABSTRACT

This article proposes to conduct an analysis on the implementation of the constitutional amendment of paragraph 29, in the microregion of the Catolé Rocha/PB. The study was based on a survey of Institutional Program for Scientific Initiation Scholarships (PIBIC) quota from 2011 to 2012 , with the theme : health policy in Campina Grande: an analysis of the implementation of municipal health plan, conducting a study of health care resources, came into contact with amendment 29 , was this contact that came the interest in research in the area of the Catolé Rocha/PB, this region of my maternal roots, it became appropriate to meet the

¹ Graduando do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba.
Email: massa.oliveira@hotmail.com

development and the effectiveness of the Unified Health System (SUS), emerging within a movement fighting for universal public health and quality. We also sought to understand how we proceeded forms of NHS financing and difficulties along your quest for more resources, with the aim of strengthening its principles. Within the framework of the health system and the fight for its funding amendment 29 was approved, thus bringing a new budget composition for the enjoyment of health. Through a literature study on health-related amendment 29 and the collected data from the Information System on Public Health Budget (SIOPS), we could see the applications of each municipality in the microregion of the Catolé Rocha/PB, the periods ranging from 2000 to 2012. Thus it was seen that the municipalities did not measure efforts to achieve the minimum required and that in some years a gradual manner until doubled its applications. The Amendment 29 brought a new composition for health in the micro and awoke municipalities in the constant struggle for improvement and promotion of citizenship.

Keywords: Constitutional Amendment N^o. 29. SUS. Financing of Health.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu na década de 1980 em meio a lutas por mais cidadania e por melhores condições de saúde, trazendo assim para a luta uma população desprovida das necessidades básicas de sobrevivência.

O Brasil passou por um processo de industrialização e abertura econômica de suas fronteiras para o capital estrangeiro, trazendo mudanças societárias e se adequando as medidas determinadas pelo processo de financeirização e de um fortalecimento monetário do País (NETTO; BRAZ, 2011).

É nesse processo de abertura política e social, que foi promulgada a Constituição Federal de 1988, e junto com ela o Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo em suas bases legais o sentido de universalização dos direitos e acessos a uma saúde para todos os cidadãos de que dela necessitem. Inscrita na Constituição Federal, a saúde foi regulamentada pela lei orgânica, Lei: 8.080/90 e a lei complementar 8.142/90, dando uma melhor sustentabilidade legal as suas diretrizes.

Paradoxalmente aos ganhos sociais via Constituição Federal, a partir da década de 1990, o Brasil viverá um novo processo mundial capitalista, chamado de neoliberalismo, ao qual se primava por uma maior liberdade monetária com o apoio do Estado na forma regulativa e não interventiva.

Com esse novo elemento, as políticas sociais conquistadas e protegidas legalmente passaram a ser um entrave para a fluidez do mercado financeiro. É neste momento que se iniciará um grande ataque a essas conquistas, através de privatizações, terceirizações e desvios para o financiamento de dívidas públicas.

O presente artigo propõe Analisar a aplicação da emenda constitucional de nº 29 na microrregião de Catolé do Rocha/PB.

Para isso foi preciso ver como o SUS se desenvolveu dentro de uma problemática no processo de sua efetivação, compreendendo assim as dificuldades e sua busca de mais recursos para sua operacionalização.

Compreender as dificuldades do financiamento do SUS e sua busca de recursos em sua construção e efetivação.

Através do Sistema de Informações sobre os Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) viu-se como os recursos da saúde e da Emenda 29 estavam sendo aplicados na microrregião de Catolé do Rocha/PB.

A aproximação da temática: Uma análise sobre o Cumprimento da Emenda Constitucional nº 29, na Microrregião de Catolé do Rocha/PB, surgiu através da pesquisa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), cota 2011-2012, ao qual fui bolsista, com o tema: a política de saúde no município de Campina Grande: uma análise sobre a execução do plano municipal de saúde, tendo como participantes: Andrea Ligia da Silva Santos, Thayse Ariane Pereira de Souza e como orientador: Geraldo Medeiros Júnior.

Estudando os recursos da saúde, dentre eles a emenda 29 em Campina Grande/PB, surgiu o interesse de pesquisar a emenda 29 na região de Catolé do Rocha/PB, e ver como as aplicações estavam sendo feitas na saúde.

O artigo está organizado em três momentos: o primeiro faz um apanhado histórico sobre “A trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS)”, para que se entenda o contexto de implementação do sistema; o segundo momento versa sobre a luta pelo financiamento do sistema único de saúde, mostrando assim como foi o processo de efetivação e luta por mais recursos para a saúde e suas dificuldades, e no ultimo momento, através dos dados do SIOPS, fez-se uma análise sobre o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 na microrregião de Catolé do Rocha/PB.

Todos esses momentos foram importantes para compreender o processo de implementação do SUS, seu financiamento e a efetivação da emenda constitucional 29 na microrregião de Catolé do Rocha/PB, pois é dentro deste contexto que a emenda está inserida.

A metodologia utilizada para dar suporte ao estudo foi uma abordagem quantitativa e qualitativa, além de pesquisas bibliográficas a respeito do tema saúde na efetivação do cumprimento da Emenda Constitucional de nº 29 na microrregião de Catolé do Rocha, no Sertão da Paraíba, através de um processo crítico dialético para entender as várias nuances de sua luta e promulgação.

A pesquisa foi enriquecida com os dados coletados no Sistema de Informações sobre os Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), dessa forma se fez uma análise das tabulações dos municípios que integram a microrregião referente ao cumprimento da emenda 29.

Em poder desses dados, analisou-se o desempenho e os investimentos realizados pelos municípios entre os anos de 2000 a 2012.

2 A TRAJETÓRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instruído nas bases do movimento sanitarista nas décadas de 1980 e início de 1990, a partir do qual a população e várias categorias passaram a debater sobre a universalização dos Direitos dos Cidadãos, no que tange ao acesso a saúde pública e de qualidade em todos os níveis sociais, mas para isso teve que percorrer uma longa jornada de lutas e desafios para chegar a sua elaboração.

Na década de 1920, houve uma grande mobilização para que se construísse uma política de saúde para os trabalhadores que permeavam o circuito fabril, o que fez emergir as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), sendo consideradas por muitos autores como o embrião da previdência social brasileira. As mesmas foram regulamentadas em 1923, pela Lei Elói Chaves, a qual dava respaldo a atendimentos para os trabalhadores que contribuíssem.

De acordo com Bravo (2008, p. 3):

Neste período, também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante à criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Sob uma forte industrialização na década de 1930, o Brasil viu emergir uma classe social fabril desprovida de direitos e cuidados sociais básicos, entre eles a saúde.

Na década de 1930 a 1940, a saúde brasileira dividiu-se em vertentes antagônicas, sendo uma de caráter público e outra chamada de medicina previdenciária, a pública caracterizou-se na realização de condições mínimas de atendimentos a pessoas necessitadas e pobres, já a medicina previdenciária foi marcada pela criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), sendo caracterizadas por uma saúde contributiva, onde só teriam direito ao atendimento, as pessoas que tivessem uma profissão regulamentada.

De acordo com Bravo (2008), é nessas décadas, que tem-se início a medicina previdenciária, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), como forma de atendimento por categorias profissionais. Em tal contexto surge o primeiro IAP foi o dos marinheiros, depois dos comerciários, dos bancários, dos industriais, dos servidores do estado e o dos trabalhadores de transportes e cargas, neles só tinha direito aos tratamentos de saúde quem tivesse profissão regulamentada e com carteira assinada e que contribuísse para esses institutos.

Com esses institutos, os trabalhadores tiveram assegurado uma aposentadoria por tempo de serviço, pensão em caso de morte para seus familiares ou beneficiários, uma assistência médica e remédios.

A década de 1950 foi marcada por um fortalecimento da medicina previdenciária e o surgimento das chamadas empresas médicas, essas empresas se ligavam aos anseios dos interesses capitalistas que primavam pela privatização do setor saúde.

Diante da implantação do Governo Ditatorial e da abertura econômica para os mercados internacionais na década de 1964, o Estado Brasileiro seguiu uma política de ajustamento econômico cortando gastos e centralizando as políticas públicas existentes, foi nessa linha que houve a união de todos os IAPs em 1966, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Os Governos militares dessa época direcionaram os recursos da saúde para a iniciativa privada, através de convênios firmados entre o INPS e os grandes hospitais da época, fortalecendo assim o movimento privatista, que entrará em confronto com a universalização da saúde.

Na década de 1970 os mercados sofreram grandes transformações estruturais, passando por uma maior interação com economias de outros Países, essa interação trouxe consigo uma dependência econômica que afetaria os fundos públicos em um futuro próximo.

Com essa expansão em curso, os mercados mundiais forçaram o governo brasileiro a se adequar as suas regras comerciais e financeiras.

Dessa forma, Chesnais (1996, p. 272) nos mostra que:

A integração internacional via mundialização do capital, resulta dos processos de liberalização e desregulamentação (que implicou a perda do controle por parte dos Bancos Centrais sobre as taxas de juros), da abertura dos mercados financeiros nacionais (com a quebra das barreiras entre mercado interno e externo), que vieram acompanhados dos processos de privatização e desmantelamento de conquistas sociais e democráticas, aplicados desde o início da década de 1980 pelos governos Reagan e Thatcher.

É neste processo de mundialização do capital que em 1976 se gesta um grande movimento em defesa dos direitos do cidadão e uma maior liberdade civil, visto que o país começava a dar passos rumo ao fim de uma Ditadura Militar. Nesse arcabouço de luta nasce o movimento Reformista Sanitarista em defesa de uma saúde universal com garantias para todos.

O Brasil chega à década de 1980 com uma economia fragilizada e estagnada, possuindo uma população pauperizada, sem cidadania e fragilizada de cuidados sociais, a política de saúde foi alvo de críticas pelos profissionais da área e por uma população que buscavam um melhoramento da saúde e o fortalecimento do setor.

O projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) na década de 80 foi formulado com os princípios da saúde enquanto direito e dever do Estado, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com ênfase nas seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

Os constantes debates da RBS trouxeram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para a esfera estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão, surgindo os Conselhos de Saúde.

Desta forma, a sociedade brasileira, através de vários movimentos organizados, dentre eles: o movimento estudantil, o movimento dos médicos residentes, associações comunitárias e sindicatos, passaram a discutir uma possível Reforma Sanitária da Saúde, para assegurar a atuação e responsabilização do Estado em função de melhorias para o atendimento de toda a sociedade.

É nesta perspectiva que a política de saúde na década de 1980 vai sendo inscrita dentro do processo de redemocratização do país, como alvo de debates e críticas que culminaram em 1986 com a 8ª Conferência de Saúde. Nesse período a saúde deixa de ser vista de forma técnica e focalizada para ser pensada numa perspectiva político e universal, principalmente a partir de 1988, momento em que todos os cidadãos passaram a ser percebidos como cidadãos de direitos.

É neste contexto que:

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser direito de todos e dever do estado, integrando os serviços de forma regionalizada e hierarquizada. Estava criando o Sistema Único de Saúde (SUS), amparado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, que tem por preocupação central a democratização do acesso, a universalização dos direitos, melhoria da qualidade dos serviços prestados e integralidade e equidade das ações (BORLINI, 2010, p. 326).

A saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). O Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceu uma estruturação democrática no acesso da universalização dos direitos de seus usuários, estruturou as bases que melhoraria a qualidade dos serviços prestados, passando a promover uma integralidade e uma equidade nas ações desenvolvidas pelo próprio sistema, sendo apoiado na atenção regionalizada e de forma hierarquizada dos serviços de saúde.

Mesmo sendo inscrita na constituição federal de 1988, ainda se fez necessário a criação da lei orgânica da Saúde, Lei: 8.080/90 e a lei complementar lei: 8.142/90, como forma de sustentação de suas políticas de promoção à saúde e da participação da população em seus rumos, e também da composição de seu financiamento.

Na década de 1990, o Estado passou por grandes transformações em suas bases sociais, em nome de um modelo neoliberal mínimo para o social e máximo para o capital (CORREIA, 2007 apud SADER, 1999), ou seja, as conquistas sociais adquiridas ao longo da década de 1980 foram bombardeadas por um processo de desregulações e ajustamentos que fortalece o capital financeiro em expansão. A saúde passou a ser vista como fonte de renda e ganhos reais de dinheiro, o SUS de direito universal passou a se confrontar com um projeto privatista.

Como nos afirma Bravo (1998), havia claramente dois projetos sanitários em visíveis confrontos: um Projeto Privatista, pautado na política de ajuste neoliberal de uma saúde nos moldes privados, e um Projeto de Reforma Sanitária que se apoiava em um modelo de Estado Democrático de Direito, onde a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Nesse confronto ideológico na década de 1990, o projeto de reforma sanitária vai perdendo espaço para o projeto privatista de saúde, que vai se consolidando entre as dificuldades econômicas e a abertura política, tendo como pano de fundo a crise do Estado.

Aproveitando esse estado de fragilização e depreciação do SUS, o setor privado vem ganhando espaço, se apropriando da parte mais rentável do setor saúde, ou seja, dos atendimentos ambulatoriais.

Em função de uma nova ordem mundial e do esgotamento de altos lucros pelos mercados internacionais, o capitalismo entra em sua fase ou processo de financeirização (NETTO; BRAZ, 2011). As quedas das taxas de lucros precisavam ser contidas a todo custo, os mercados em uma crise profunda agonizavam por uma recuperação das taxas médias de lucros.

É neste contexto que o modo de produção capitalista se nutre de outra forma de obtenção de lucros, passando a investir no mercado financeiro não gerador de mais valia, o que abriu precedentes para crises iminentes do próprio sistema.

Com o avanço das ideias neoliberais o Estado tornara-se imprescindível na regulação de algumas políticas sociais, passando a servir como válvula de escape para os mercados em crises.

O estado brasileiro seguiu uma forte contenção de gastos acompanhada de pesadas taxas de juros (sendo uma das maiores do mundo), o que rebateu na saúde. Passadas mais de duas décadas de existência, o SUS luta por sua efetivação real e perante um Estado que age em função do capital privado e de uma ofensiva de projetos financeiros que tentam direcionar os ganhos sociais para a iniciativa privada.

Na luta por sua efetivação, o Sistema Único de Saúde tem buscado novas formas de operacionalizar seu financiamento, através de fundos e leis que garantam e ampliem os direitos dos cidadãos a terem uma saúde em sua forma universal, também tem encontrado obstáculos que o transformam em rentabilidades e fins para outras áreas que não são de sua competência, enfraquecendo o sistema na sua promoção de cidadania.

Nesse processo de construção do SUS, a emenda 29 veio fortalecer a constante busca de sua efetivação, pois a mesma trará um direcionamento, fiscalizando as exigências de aplicações mínimas em saúde, sob a responsabilidade dos três entes da federação.

3 A LUTA PELO FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O financiamento da saúde foi palco de lutas intensas na obtenção de recursos que fortalecessem o sistema. Para Mendes e Marques (2009), entre os anos de 1989 e 1990, houve um primeiro confronto no financiamento da saúde, a constituição de 1988 determinava que fossem repassados 30% dos recursos da seguridade social para a saúde, com exceção das receitas vinculadas PIS/PASEP.

Com aprovação da Lei Orgânica da Saúde na década de 1990, o Ministério da Previdência Social pode reduzir esses recursos, o que antes era de 33,1% em 1991 passou para 20,9%, em 1992, tendo assim um corte significativo nos recursos da saúde.

Outra ofensiva veio em 1993, com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que determinava que a Previdência Social destinasse 15,5% do total de recursos arrecadados para a saúde, o que depois foi verificado que nenhum repasse foi feito para a saúde.

Uma terceira ofensiva foi a criação do Fundo Social de Emergência (FSE) em 1993 no governo de Itamar Franco, tendo sua vigência em 1994, depois chamado no governo Fernando Henrique Cardoso de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e em 2000 passa a se chamar Desvinculação das Receitas da União (DRU).

O Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), criado no final de 1993 com o nome de Fundo Social de Emergência, tinha como objetivo aumentar a arrecadação e permitir uma maior flexibilização do orçamento, sendo possível a desvinculação de 20% das receitas federais (impostos e contribuições), que ficariam livres para serem gastas pelo Governo de uma forma legal com qualquer despesa. Esses 20% foram e são utilizados para manter o superávit primário e o pagamento da dívida pública aos especuladores.

Assim, a FEF teve sua vigência até dezembro 1999, mas as reformas ainda não tinham sido realizadas. Segundo o Estado, se precisaria mais tempo, daí o poder executivo por meio de Emendas Constitucionais prorrogou a FEF até 2003, para que as reformas e a flexibilização das vinculações dessem certo.

No ano de 1994, depois de grandes debates para o financiamento da saúde, houve a criação do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), transformada posteriormente em 1997, na Contribuição Provisória sobre

Movimentação Financeira (CPMF), o que não vigorou, pois a FEF, depois chamada de DRU, desvinculou cifras desses recursos para outra área que não era a da saúde (MENDES; MARQUES, 2009).

Em 1995 o Estado Brasileiro sofre grandes transformações em suas estruturas governamentais, para que os ideais neoliberais fossem instaladas no mercado financeiro brasileiro.

Foi preciso tornar flexível a máquina estatal brasileira, através de um Plano Diretor de Reformas, que dava as diretrizes e competências daquilo que seria da ossada do Estado. Também se fez presente uma reforma fiscal e previdenciária básica, dando assim os padrões a serem seguidos, seja na arrecadação de tributos, sejam nos gastos públicos.

Com essa preparação o Estado foi sendo arquitetado e moldado nos princípios neoliberais, se antes tínhamos um Estado altamente interventor no mercado, agora teríamos um Estado coadjuvante e regulador no que desrespeito às políticas públicas, seguindo assim o que nos mostra Chesnais (1996, p. 351):

O capital portador de juros (também designado “capital financeiro” ou simplesmente “finança”) não foi levado ao lugar que hoje ocupa por um movimento próprio. Antes que ele desempenhasse um papel econômico e social de primeiro plano, foi necessário que os Estados mais poderosos decidissem liberar o movimento de capitais e desregular e desbloquear seus sistemas financeiros. Foi igualmente preciso que recorressem a políticas que favorecessem e facilitassem a centralização dos fundos líquidos não reinvestidos das empresas e das poupanças das famílias.

Com todo esse processo de construção de um Estado neoliberal, o Governo Brasileiro foi criando dispositivos que operacionalizassem o mercado interno e garantissem o pagamento de suas dívidas internacionais ao capital especulativo. Através desses dispositivos legais o governo corta gastos, mantém o superávit primário e uma balança comercial equilibrada.

No lugar da FEF veio a Desvinculação das Receitas da União (DRU) em 2000, sendo constituída da desvinculação de 20% das receitas da União, indo até 2011, mas outra vez por meio de emenda constitucional foi prorrogada até 2015. Garantindo assim a arrecadação por parte do Governo, uma de suas novidades é de que a partir do Orçamento 2000, ela deixou de atingir as contribuições Previdenciárias. Para entender, vamos ver como ela se constituiu na tabela a seguir:

Tabela 01 - Receita de contribuições sociais selecionadas e os efeitos da desvinculação promovidos pela DRU, 2006 a 2012. Valores correntes, em R\$ milhões

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Cofins	18.068	20.367	24.019	23.352	28.005	31.978	36.311
CSLL	5.453	6.729	8.500	8.718	9.151	11.569	11.498
PIS/Pasep	4.763	5.223	6.166	6.206	8.075	8.405	9.556
Outras contribuições	6.890	7.763	612	499	630	683	753
Receitas desvinculadas pela DRU	35.174	40.082	39.297	38.776	45.860	52.635	58.117

Fonte: Dados da STN (ANFIP, 2013)

Com a tabela acima podemos ver algumas receitas desvinculadas pela DRU. Em 2006 se desvinculou R\$ 35,17 bilhões, o que aumentou no ano de 2007 para R\$ 40,08 bilhões. Fazendo uma comparação entre 2006 e 2007, teve-se um aumento de R\$ 4,9 bilhões desvinculados, já em 2008 houve uma pequena diminuição para R\$ 39,29 bilhões em comparação a 2008, em 2009 cai para R\$ 38,77 bilhões, chegando a 2010 teve-se uma cifra de R\$ 45,86 bilhões, aumentando em 2011 para R\$ 52,63 bilhões; em 2012 com uma cifra de R\$ 58,11 bilhões, fazendo uma comparação de 2011 a 2012, ocorreu um aumento de R\$ 5,4 bilhões.

Com as constantes crises de mercado e os avanços jurídico-formais via constituição federal de 1988 ao qual se ergueu as leis trabalhistas e um estado com responsabilidades sociais de garantia a vida, o capital financeiro viu esses ganhos sociais com um olhar de entrave para sua recuperação financeira.

O trabalho protegido pela CF 1988 teria que ganhar uma nova forma flexível, essa forma seriam as terceirizações, essa atividade repassa as responsabilidades trabalhistas e sociais para empresas de pequeno porte, onde as mesmas não cumprem essas regras patronais, trazendo assim má remuneração, percas de direitos adquiridos, contratos temporários e uma série de fatores que depreciam o trabalhador.

Os direitos trabalhistas foram severamente atacados, houve um processo de privatizações de empresas estatais, uma desmobilização dos sindicatos, e uma constante abertura das fronteiras alfandegárias para o capital estrangeiro, abriu-se a saúde e o petróleo para o capital privado.

O Estado optou por uma economia financeira que regularia o que seria prioridade nos investimentos em saúde, as indústrias de base foram também entregues ao capital financeiro privado. Houve assim todo um processo de contra reforma sobre o que tinha sido conquistado via CF de 1988.

Com isso:

Viu-se que a flexibilização das relações de trabalho é um elemento estratégico para a diminuição do custo Brasil e a garantia de condições atrativas para a permanência de capital estrangeiro no País. No entanto, as medidas para assegurar esta direção da adaptação brasileira à lógica mundial do capital, a partir da reedição de sua condição subordinada e da heteronomia, foram bem mais longe. Falo aqui das privatizações- uma estratégia decisiva deste processo- e das intervenções no plano fiscal, que favoreceram segmentos determinados do capital nacional em forte articulação com a especulação financeira internacional (BEHRING, 2003, p. 228).

O financiamento da saúde ao longo dos anos tem sido alvo de constantes debates, retrocessos e avanços, levando a classe política brasileira a debaterem uma nova forma de melhoramento da saúde pública.

É nessa busca efetiva do avanço do Sistema Único de Saúde, que surge a emenda constitucional nº 29, como reguladora dos percentuais a serem aplicados por cada ente da federação, União, Estados e Municípios.

Mesmo com a Constituição Federal de 1988 determinando os rumos da saúde pública, foi preciso a criação de uma lei complementar que definisse os percentuais aplicados pelos entes da Federação Brasileira, trazendo assim uma maior participação na reavaliação, fiscalização e controle dos recursos aplicados nessa pasta.

Em 2000 é aprovada a Emenda Constitucional nº 29 (chamada de EC 29), que fixava a vinculação dos recursos orçamentários pelas três esferas de Governo (União, Estados e Municípios), o Congresso passou a debater sua regulamentação, numa forma de garantir a destinação dessas verbas para o Sistema Único de Saúde.

Em seu texto determinava que a união investisse 5% a mais em 2000 em relação ao que se teve em 1999, e que os investimentos futuros seguissem as correções sobre a variação do Produto Interno Bruto (PIB).

Com a emenda, ficou determinado que os Estados tivessem por obrigatoriedade destinar 12% de seus orçamentos e os municípios 15% para a saúde pública. A mesma tinha sua vigência até 2004, o que necessitaria por parte do congresso nacional uma Lei complementar que oficializasse de forma definitiva essa emenda.

Com o fim do imposto da CPMF em 2007, o qual destinava recursos para a saúde, o congresso voltou a debater uma possível regulamentação da EC 29, sendo concluída pela Câmara dos Deputados em 21 de setembro de 2011. O Projeto de Lei Complementar (PLP) 306 de 2008 regulamentou a Emenda Constitucional 29, mesmo ainda existindo algumas rejeições, no que diz respeito à base de cálculo da Contribuição Social para a Saúde (CSS).

Entre muita luta e embates parlamentares, a mesma seguiu para o Senado, sendo aprovada em sete de Dezembro de 2011 e sancionada pela presidenta Dilma Rousseff em 15 de janeiro de 2012.

4 ANALISANDO O CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL N° 29 NA MICRORREGIÃO DE CATOLÉ DO ROCHA/PB

O SUS emergiu na efervescência social de um conjunto de lutas direcionadas pela busca pela universalização de uma saúde pública e de qualidade, mas em contra ponto a tudo isso, também se teve constantes investidas de interesses privados e mercadológicos a fim de obterem lucros financeiros com o setor saúde, além de desvios por dispositivos para honrar dívidas financeiras.

O seu financiamento foi palco de vários debates políticos, sendo criados fundos e tributos que fortalecessem o sistema de saúde, é nessa busca que surgiu a emenda constitucional de n° 29 estabelecendo aplicações mínimas para a saúde por cada ente da federação.

A sua primeira aprovação ocorreu no ano de 2000, prevendo percentuais a serem aplicados nos quatro anos seguintes, o que não seguiu essa lógica de investimentos até 2004, com isto precisou-se de uma nova lei que definisse sua aplicabilidade, vindo a ocorrer com a regulamentação proferida pela presidenta Dilma Rousseff no ano 2012.

Essa regulamentação, contou com 15 vetos pela presidência, dentre eles o mais impactante foi a não necessidade de ajustamento de cálculos sobre o Produto Interno Bruto (PIB), se o mesmo sofrer revisões de anos anteriores e possíveis brechas que venham ocasionar o retorno da Contribuição Social à Saúde (CSS) ficou estabelecido que os Estados, Municípios e União, teriam por obrigação investir 12% de suas receitas em saúde, os Municípios 15% e a União teria que investir o valor do ano anterior somados com a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

A regulamentação estabeleceu que os recursos fossem usados em ações e serviços que promovessem o acesso universal e igualitário para todos os usuários, obedecendo sempre os planos de saúde de cada ente da federação, tendo esses mesmos a responsabilidade de sua gestão.

Esses recursos poderiam ser gastos com a remuneração de profissionais de saúde; aquisição e compra de medicamentos e equipamentos; capacitação de pessoal e investimentos em reformas na rede do SUS entre outros investimentos.

A regulamentação da emenda se apresentou de grande valia para a saúde brasileira, pois, com o fim da CPMF que destinava recursos para a saúde, a emenda 29 veio somar esforços de qualificar o setor saúde, estabelecendo regras e prioridades, além de exigir aplicações mínimas, colocou ordem naquilo que realmente deveria ser encarado como saúde.

É neste arcabouço de aprovação da emenda constitucional de nº 29 e construção do SUS, que analisaremos a aplicação da mesma na microrregião de Catolé do Rocha/PB, através do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), para que se tenha uma dimensão de como está sendo as aplicações nesses municípios.

A microrregião de Catolé do Rocha/PB é composta por 11 municípios e está localizada na mesorregião do Sertão Paraibano, possuindo uma população de 117.348 habitantes, distribuída como podemos vê na Tabela 02.

Tabela 02 - Distribuição populacional da microrregião de Catolé do Rocha/PB por município em 2012

Municípios da Microrregião	População
Belém do Brejo do Cruz	7.163
Bom Sucesso	4.998
Brejo dos Santos	6.236
Brejo do Cruz	13.313
Católé do Rocha	29.039
Jericó	7.557
Lagoa	4.657
Mato Grosso	2.744
Riacho dos Cavalos	8.352
São José do Brejo do Cruz	1.707
São Bento	31.582
Total:	117.348

Fonte: Brasil (2014)

As despesas em saúde das 11 cidades que integram a microrregião no ano de 2012 alcançaram a cifra de R\$ 6.716,94, como podemos ver na Tabela 03.

Tabela 03 - Despesa total em saúde por habitante segundo municípios no ano de 2012

Municípios	Gasto em Reais (R\$)
Belém do Brejo do Cruz	497,53
Bom Sucesso	603,06
Brejo dos Santos	441,03
Brejo do Cruz	359,54
Católé do Rocha	441,55
Jericó	474,95
Lagoa	512,03
Mato Grosso	851,76
Riacho dos Cavalos	345,62
São José do Brejo do Cruz	1.134,97
São Bento	562,15

Fonte: Brasil (2014)

Os municípios menores foram os que mais gastaram em saúde por habitante, dentre eles São José do Brejo do Cruz, se destacou com uma despesa de R\$ 1.134,97 reais por habitante, Mato Grosso com uma despesa de R\$ 851,76 reais, Bom Sucesso com uma despesa de R\$ 603,06 reais e por última Lagoa gastando R\$ 512,03 reais. Comparando com a despesa total do Estado da Paraíba em 2012, esses municípios gastaram mais do que o próprio estado, pois a Paraíba teve uma despesa de R\$ 500,77 reais por habitante (BRASIL, 2014).

A emenda constitucional de nº29, em entrou em vigor a partir de 2000, por muito tempo ficou sem um maior apressado pela classe política, visto que a mesma teria que ser regulamentada e sancionada para se efetivar em definitivo, até que em

2007 com a extinção da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), a classe política reacendeu o debate da efetivação da emenda que culminou em 2008 com a sua regulamentação, vindo a ser sancionada em 2012. Com a saída dos recursos da CPMF, a emenda passaria a compor cifras destinadas para a saúde, suprimindo assim a perda dos recursos oriundos do extinto fundo.

Podemos ver na Tabela 04, que na microrregião de Catolé do Rocha/PB, alguns municípios nesse mesmo ano já iam muito além do valor mínimo de aplicação que era de 15%, chegando a casa dos 20%, como é o caso de Belém do Brejo do Cruz, que já investia 25,38% de seus recursos em saúde, também se destacava os municípios de Mato Grosso com 24,42%, Jericó com 22,40%, Catolé do Rocha com 22,20% e Riacho dos Cavalos com 20,39 %.

Tabela 04 - Recursos próprios em saúde, emenda constitucional n° 29 por municípios

Municípios	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Belém do Brejo do Cruz	25,38	19,78	20,65	17,56	23,28	18,68	23,39
Bom Sucesso	12,16	10,20	16,97	16,07	16,31	19,62	18,42
Brejo do Cruz	8,25	9,29	11,07	14,73	16,37	15,30	21,93
Brejo dos Santos	18,83	15,08	15,37	17,16	21,46	20,36	20,78
Católé do Rocha	22,20	16,34	20,02	20,61	25,05	19,03	24,42
Jericó	22,40	18,70	18,74	17,44	19,33	19,59	24,07
Lagoa	10,65	9,95	11,05	11,49	17,09	17,42	16,56
Mato Grosso	24,42	18,64	24,83	21,11	24,13	19,05	25,18
Riacho dos Cavalos	20,39	9,02	20,94	24,12	17,67	19,36	19,61
São Bento	17,86	22,09	35,71	23,08	32,16	30,82	31,78
São José do Brejo do Cruz	16,53	15,05	15,62	15,19	16,93	20,76	20,88

Fonte: Brasil (2014)

Já alguns municípios ultrapassaram o mínimo exigido de forma moderada, como podemos ver nos municípios de São José do Brejo do Cruz que teve um investimento de 16,53%, São Bento com 17,86% e o município de Brejo dos Santos com 18,83%.

Nesse mesmo ano pode-se ver também que três municípios não atingiram o mínimo de 15%, foram eles: Brejo do Cruz com apenas 8,25%, Lagoa com 10,65% e Bom Sucesso com 12,16%.

No ano de 2000, os municípios da microrregião de Catolé do Rocha em sua grande maioria já cumpriam o determinado em lei, sendo que uma pequena minoria descumpria o mínimo a ser aplicado.

De 2001 a 2003, apenas dois município não atingiram o mínimo determinado, dos três detectados em 2000, permaneceram sem cumprir a meta a cidade de Brejo do Cruz e Lagoa, já o município de Bom Sucesso conseguiu ultrapassar o exigido chegando em 2002 com 16,97% e no ano seguinte tem uma pequena queda para 16,07%.

Nos anos que se seguem de 2004 a 2006, todos os municípios atingem os 15%, sendo destaque o município de São Bento que se manteve investindo o dobro da aplicação exigida em todo esse período.

Como o fim da CPMF em 2007, criou-se um momento apreensivo para os governos, pois com essa extinção, não teria mais esse fundo para compor os gastos com a saúde, é neste contexto que a emenda iria funcionar como obtenção de verbas para um possível melhoramento da saúde.

De acordo com a Tabela 05, no ano de 2008 quase todos os municípios da microrregião tiveram suas aplicações em saúde na casa crescente dos 20%, deixando apenas dois municípios em diferencial, pois Belém do Brejo do Cruz teve seu investimento um pouco além do determinado, chegando a 16,81% e Riacho dos Cavalos com 18,71%, pode-se ver que houve uma maior intensificação dos municípios em aumentarem os recursos direcionados para a saúde.

Tabela 05 - Recursos próprios em saúde, emenda constitucional n° 29 por municípios

Municípios	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Belém do Brejo do Cruz	22,97	16,81	17,63	16,34	26,89	18,25
Bom Sucesso	19,04	22,94	22,40	21,98	23,54	26,40
Brejo do Cruz	20,02	21,22	23,01	24,91	22,28	25,72
Brejo dos Santos	16,10	22,50	22,81	19,82	24,67	23,46
Catolé do Rocha	20,78	23,95	18,40	24,73	25,08	16,71
Jericó	26,32	27,57	21,17	24,68	23,56	27,18
Lagoa	20,62	20,31	17,04	19,21	18,52	21,56
Mato Grosso	24,99	26,04	23,85	30,40	26,28	25,86
Riacho dos Cavalos	15,56	18,71	23,81	19,41	15,53	15,16
São Bento	31,03	27,88	42,32	38,20	32,86	29,08
São José do Brejo do Cruz	19,76	20,92	26,28	26,70	20,89	21,30

Fonte: Brasil (2014)

Apesar de alguns municípios da microrregião de Catolé do Rocha aumentar seus investimentos via emenda constitucional de n° 29, a mesma ainda travaria uma grande luta no senado federal por sua aprovação em definitivo, foi então que em 2011 entrou em pauta sendo aprovada por uma grande maioria dos parlamentares.

Diante dessa grande conquista para a saúde em nível nacional, a microrregião seguiu firme investindo seus recursos, São Bento foi um dos grandes destaques do ano de 2011, chegando ao patamar de 32,86%, comparando-se com o município de Riacho dos Cavalos no mesmo ano que investiu apenas 15,53%, nota-se que São Bento investiu quase o dobro de Riacho dos Cavalos.

Os municípios da microrregião de Catolé do Rocha passaram a despertar um grande interesse no cumprimento da emenda 29, como pôde ser vista nas Tabelas 04 e 05, algumas cidades saíram do circuito de investimento do mínimo necessário e passaram a uma maior efetivação de gastos no setor da saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde pública no Brasil esteve inserida num processo de transformação estrutural societária que trouxe uma busca pela cidadania e garantia a vida, fazendo emergir o Sistema Único de Saúde (SUS), travou-se uma verdadeira luta para angariar recursos que dessem suporte financeiro para a promoção e garantia dos serviços básicos essenciais de saúde, foi nessa obtenção de recursos que emergiu a Emenda Constitucional (EC) n° 29, no ano 2000, trazendo consigo obrigações para os entes federativos na aplicação mínima de recursos na área da saúde.

Nesse processo, a microrregião de Catolé do Rocha/PB, composta por onze municípios, se empenhou no cumprimento do mínimo exigido pela Emenda 29.

Analisando os dados coletados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), foi visto que no ano de 2000 alguns municípios da microrregião já iam muito além dos 15% determinado pela EC 29, nesse mesmo ano pôde-se constatar que os municípios de menor porte foram os que mais investiram seus recursos em saúde.

Até 2003 alguns municípios tinham dificuldades em atingir essa meta, o que mudou consideravelmente a partir do ano de 2004, quando todos os municípios da microrregião chegaram ao mínimo determinado, mesmo sabendo que houve pequenas e grandes oscilações, os municípios de forma gradativa passaram a priorizar os investimentos nos anos seguintes, não sendo mais visualizadas aplicações inferiores aos 15% nos municípios analisados.

A emenda constitucional de número 29 trouxe um dinamismo para a efetivação dos investimentos municipais em saúde na microrregião, mas não será só ela que de forma messiânica, salvará o fosso que vive a saúde pública.

Apesar de se ver um aumento quantitativo dos recursos próprios auxiliados pela EC n° 29 em algumas cidades da microrregião, é preciso que haja também uma efetivação em sua forma qualitativa dos serviços prestados em saúde e uma constante luta pela obtenção de mais recursos para a ampliação dos preceitos pregados pelo SUS, além de um gerenciamento dos recursos em sua integralidade na oferta dos serviços públicos.

A emenda por si só não resolverá todos os problemas financeiros do SUS, mas já traz um novo elemento para a aplicação dos recursos com transparência e seriedade, onde os Gestores terão que ampliar cada vez mais uma saúde de qualidade para seus usuários.

REFERENCIAS

ANFIP. Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil. **Análise da Seguridade Social em 2012**. Brasília: ANFIP, 2013.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BORLINI, Leandra Maria. Há pedras no meio do caminho do SUS: os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 321-333, ago./dez. 2010.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **SIOPS**: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Disponível em: <<http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/defthtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicPB.def>>. Acesso em: 22 mar. 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. IN: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs). **Serviço social e saúde**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza. Superando Desafios: O Serviço Social na Saúde na década de 90. **Cadernos do Serviço Social do HUPE**, Rio de Janeiro, n. 3, 1998.

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

CORREIA, Maria Valéria Costa. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira. *Política de saúde e Serviço Social: impasses e desafios*. **Temporalis**, São Luiz, ano 7, n. 13, jan./jun. 2007.

MENDES, Áquilas Nogueira; MARQUES, Rosa Maria. Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro. In: **ENCONTRO DE PESQUISADORES DA PUCSP NA ÁREA DA SAÚDE**, 12., 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: PUC-SP, 2009.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SADER, Emir. Estado e Democracia: os dilemas do socialismo na virada de século. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo II**: que Estado para que democracia? Petrópolis: Vozes, 1999.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.