

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Ajuste estrutural e estratégia saúde da família. Os desafios da política de atenção básica no Brasil.

Fernando Canto Michelotti.

Cita:

Fernando Canto Michelotti (2009). *Ajuste estrutural e estratégia saúde da família. Os desafios da política de atenção básica no Brasil. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1498>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Ajuste estrutural e estratégia saúde da família

Os desafios da política de atenção básica no Brasil

Fernando Canto Michelotti

Doutorando PPGS/UFRGS

fcmichelotti@yahoo.com.br

A ideologia neoliberal tornou-se hegemônica no cenário político e econômico ocidental a partir da década de 1970 (GROS, 2008), favorecida pelo déficit fiscal, pelos baixos índices de crescimento econômico e pela crise de legitimidade do Estado. Essa nova pauta política reorientou o compromisso keynesiano do pleno emprego e da igualdade até então hegemônico e passou a ser dominada, num primeiro momento, por temas como desestatização, abertura da economia, desregulamentação e privatização, os quais impuseram restrições à capacidade dos governos de promoverem políticas sociais (DINIZ, 1997). Tem-se, assim, a impressão de que as mudanças que se deram a nível da ordem capitalista mundial redefiniram os padrões de intervenção dos Estados na área social independentemente dos contextos político-institucionais nacionais¹. Passadas já mais de três décadas dos primeiros indícios da crise, de fato, constatase que os sistemas de proteção social dos países centrais e periféricos não ficaram imunes à onda neoliberal, porém continuaram a absorver grande parte dos recursos governamentais e que isto dependeu fundamentalmente de variáveis contextuais (DUPAS, 1998). Tanto em termos do grau de autonomia e de dependência dos Estados-nação nessa nova ordem (SINGER, 1998) quanto do aparato jurídico-institucional já consolidado no país e dos recursos de poder e da autonomia que dispunham setores sociais e da burocracia diante das decisões governamentais. Neste sentido, o que se observou não foi a convergência, mas a diversidade no conteúdo das reformas orientadas para o mercado, as quais não resultaram de uma mera imposição externa do capital especulativo.

Através de uma análise comparativa da relação proporcional entre gasto público e PIB entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, Rezende (1996; 2002) constatou que, para o período de 1960-93, os primeiros tiveram um crescimento mais acentuado nos seus gastos,

1. Rezende (2008) expõe algumas teorias que tentam explicar as razões pelas quais os gastos sociais continuam a se expandir nas sociedades contemporâneas independentemente de particularidades político-institucionais, cuja ênfase recai sobre fatores estruturais, tais como envelhecimento populacional, desindustrialização e globalização.

que se expressou, ao desagregar os dados por função, por uma interferência significativa nas suas políticas econômicas e por investimentos pesados nos seus sistemas de bem-estar social. Ou seja, mesmo diante da ampla difusão da retórica neoliberal do Estado mínimo, os países ricos adotaram medidas de “antiminimalização”, mantendo praticamente inalteradas as funções sociais e econômicas de seus governos. Já no que diz respeito aos países em desenvolvimento, o autor verificou que, no período de 1980-92, houve uma tendência de manutenção dos níveis de gastos sociais, porém, que, no Brasil, se somou ao declínio bastante acentuado na alocação de recursos públicos para atividades econômicas, o que acabou refletindo em um aumento dos gastos em funções consideradas mínimas². Já no período de 1995-2006, quando supostamente o país entrou numa fase de aprofundamento das reformas estruturais, em que se acirrou o sistema dual de proteção social brasileiro, operando concomitantemente uma lógica securitária e outra assistencialista (COHN, 1999), o governo não impediu uma tendência de expansão nos gastos sociais. Considerando séries históricas a preços constantes de 2006, Rezende (2008) revelou que, no período 1995-2006, os gastos, em reais, com educação passaram de 20,2 bilhões para 41 bilhões; os gastos com saúde, de 34,4 bilhões para 79,9 bilhões; os gastos com previdência social, de 104,2 bilhões para 290,7 bilhões; e os gastos com programas na área de proteção ao trabalho, de 15,1 bilhões para 58,6 bilhões.

Ainda que estes dados contrariem estudos que sustentam o encolhimento do Estado na área social, eles revelam pouco sobre mudanças que, de fato, ocorreram na dinâmica setorial, desconsiderando a influência das dimensões macroeconômica e político-institucional no modo como os interesses se (re)organizam para influir no rumo das políticas públicas num contexto de grandes transformações. Afinal, mudanças estruturais no contexto em que os atores operam influem na natureza dos acordos e coalizões que eles estabelecem, na medida em que alteram a distribuição de recursos de poder e a posição estratégica que cada ator ocupa no jogo político. Portanto, a análise da relação entre mudanças estruturais e padrões de intervenção estatal na área social não deve se restringir às evidências relativas aos “gastos públicos por função”, mas procurar identificar processos e mecanismos intermediários, de forma a que se possa discutir possíveis implicações para a área de saúde. Afinal, como destaca Fagnani (1999), o paradoxo da década de 1990 foi de que os esforços de formulação e implementação de políticas sociais nacionais, universais e operadas de forma descentralizada, como é o caso da política de saúde, foram sistematicamente minados pela política macroeconômica, o que não se explica somente

² As funções típicas do Estado-mínimo correspondem às ações de estabilização econômica, administração da justiça, defesa nacional e garantia de acesso das populações de baixa renda às ações de baixo custo e baixa densidade tecnológica de educação, saúde, alimentação, moradia e saneamento básico (MELO & COSTA, 1994).

pela adesão da elite governante (governos Collor e FHC) ao ideário neoliberal, sem que se leve em conta sua influência sobre a burocracia setorial, as corporações profissionais e os gestores de esferas subnacionais.

Este artigo se propõe, ainda que de modo preliminar, por se originar de uma pesquisa em andamento, a discutir questões relacionadas aos efeitos das mudanças estruturais sobre um fator que pode ser considerado determinante na consolidação da Política Nacional de Atenção Básica, que é a conformação de uma coalizão que lhe dê suporte político. Esta política, criada pela Portaria nº 648/GM, de 2006, estabeleceu diretrizes e normas para organizar o que é tido como o primeiro nível de atenção à saúde, a “porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2006), a partir da adoção da “saúde da família” como sua estratégia prioritária. A “saúde da família” foi incorporada ao Ministério da Saúde desde 1994 mediante a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), que se originou do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), instituído em 1991, e que, atualmente, recebem a denominação de Estratégia Saúde da Família (ESF). No início dos anos 1990, a definição de um modelo de assistência à saúde não consistia propriamente de um ponto central de agenda no cerne da implantação do SUS, já que a elite reformista e a burocracia setorial tinham a sua atenção voltada às questões de financiamento do SUS e às mudanças institucionais provocadas pela fusão do INAMPS ao Ministério da Saúde. Mesmo assim, a crise financeira que se abateu sobre a área de saúde, os conflitos federativos e o contexto reformista, além da existência de múltiplas experiências em âmbito local desde fins da década de 1950, quando do surgimento de projetos extra-muros nos recém-criados Departamentos de Medicina Preventiva e Social, juntos provocaram a mobilização de setores da medicina e da enfermagem, apoiados por setores do governo federal, por gestores locais e pelo movimento organizado de agentes de saúde, em torno desta temática.

A despeito do lugar de destaque que a ESF ocupa atualmente no cenário político intra e extra-setorial – cujo exemplo mais candente se expressa no uso recorrente de sua imagem em campanhas eleitorais –, sua trajetória institucional não foi linear e nem isenta de controvérsias. A “saúde da família” pode ser considerada o pivô do debate sobre ajuste estrutural na área de saúde nos anos 1990, gerando um amplo debate, que envolveu, dentre outros, pesquisadores da área de saúde coletiva, membros de partidos políticos de esquerda e da burocracia setorial, e cuja tônica se referia a esta política como um receituário prescrito por agências multilaterais para subverter os princípios do SUS. Até o final dos 1990, era comum a “saúde da família” ser vista como decorrência de um contexto político nacional que, frente à conjuntura de crise de

financiamento das políticas sociais, teria dado vazão à recomendação das agências multilaterais no sentido de “racionalizar” o uso dos recursos nos estratos sociais mais pauperizados. Havia um desconforto disseminado entre aqueles setores de que as ideias que surgiram no final dos anos 1960, originárias da medicina social de inspiração marxista e que serviram para delimitar teoricamente o campo da saúde coletiva, reforçassem, nos anos 1990, uma visão focalista da intervenção do Estado na área social (RIZZOTTO, 2000; NORONHA & SOARES, 2001; SENNA, 2002; FRANCO & MERHY, 2006), contribuindo para consolidar uma política de saúde formada de “'subsistemas' de atenção aos pobres” (MALTA & SANTOS, 2003, 258), tal qual propunha o ideário neoliberal.

Mais recentemente, contudo, o tom crítico deste debate se atenuou à medida que dados sobre financiamento e extensão de cobertura indicaram esta política como estratégia prioritária do governo federal para viabilizar o acesso ao sistema de saúde. Em termos de atenção básica, a ESF já é considerada a principal responsável pelo índice de crescimento de 228%, entre 2002 e 2007, no financiamento federal deste subsetor, que, da condição de “vazio” programático (VIANA & DAL POZ, 2005, 241), que ainda o caracterizava no início dos anos 1990, chegou a mobilizar, em 2007, um montante de recursos da ordem de oito bilhões de reais (SOLLA et. al., 2007). Aí estão incluídos os recursos para contratar um contingente de cerca de 340 mil trabalhadores da ESF, na sua maioria, agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos, distribuídos por mais de cinco mil municípios brasileiros (MS, 2009). O dinamismo do mercado de trabalho em saúde entre 1992 e 1999 se expressou, segundo Silva & Costa (2002), pelo incremento de 36% do número de postos de trabalho no setor público, sendo que, em 1999, de um total de 1.891.550 empregos na área de saúde, a maioria, 53%, era no setor público, em especial, na esfera municipal. A implementação da ESF representou um grande investimento federal na provisão de serviços ambulatoriais via municipalização da rede de atenção à saúde, que, em 1999, já representava 92% dos estabelecimentos públicos de saúde (SILVA & COSTA, 2002; MARQUES & MENDES, 2002; BODSTEIN, 2002). À medida que a ESF se consolidou junto ao SUS, ao invés de um debate em torno do seu caráter focalizado, como no início dos 1990, a tônica passou a ser o caráter precarizado das relações de trabalho dos profissionais de saúde, especialmente, quando cresceu o volume de contratos terceirizados e o contingente de trabalhadores envolvidos, cuja contratação dependeu da capacidade e disposição dos gestores locais em assumirem os riscos de adotar esta política diante de um processo de descentralização crivado de conflitos federativos (que comprometia o repasse regular de recursos federais) e de um contexto de fortes imperativos macroeconômicos.

A “saúde da família” reorganizou o setor público de provisão de serviços ambulatoriais de saúde em dois aspectos que são de particular interesse às corporações profissionais da área: (1) criou um mercado de trabalho como estratégia para interiorizar os profissionais, fomentar o debate sobre a “carreira SUS” e induzir mudanças no seu perfil; e, em consonância com esta visão, (2) buscou romper a lógica medicocêntrica que ainda predomina no campo da saúde, ao privilegiar a atuação de equipes multidisciplinares e ao resgatar a histórica tradição sanitarista nacional, em especial a ação de profissionais de nível médio e a ênfase na educação para a prevenção. Ao tocar em pontos que dizem respeito ao âmbito profissional, tanto em termos da formação universitária quanto em relação à organização do mercado de trabalho, a “saúde da família” constituiu-se numa arena que canalizou para si grande parte das disputas já existentes na área de saúde, mas que assumiram novos contornos em função da intensa divisão do trabalho na área, que demandou “repactuações” legais (GUIMARÃES & REGO, 2005), e da incorporação de atores distintos dos que até então exerciam monopólio sobre as decisões do setor, como o caso da burocracia estatal e da corporação médica. Estes são reconhecidamente os atores que concentraram maior poder sobre os rumos da política de saúde no país, na medida em que as decisões foram, em sua maioria, tomadas em arenas nas quais os interesses médicos sempre estiveram representados, ainda que, para isto, os médicos tenham se incorporado à máquina estatal e/ou mantido estreitos vínculos com a burocracia setorial, em função do papel central que o Estado historicamente ocupou no cenário político do país.

O caráter predominantemente político e o viés autoritário que caracterizaram o *welfare state* brasileiro favoreceram em larga medida os interesses de setores politicamente fortes e o comprometimento da burocracia com o governo, direcionando a provisão dos serviços públicos para grupos que mantiveram relações corporativas com o Estado (MEDEIROS, 2001). Com isto, progressivamente a burocracia passou a concentrar em suas mãos poder de decisão sobre as políticas sociais e de arbitrar os conflitos distributivos, o que veio a se tornar um dos traços marcantes do *welfare state* brasileiro (MALLOY, 1979), que conferiu maior peso aos interesses burocráticos, corporativos e privados na dinâmica de funcionamento das políticas sociais. Por outro lado, no que concerne à política de saúde, pode-se dizer que a corporação médica, pela posição estratégica na área e pelos recursos de autoridade e *expertise* que dispõe, usufruiu de elevada autonomia, prestígio social e poder decisório inclusive sobre a alocação de recursos públicos, mediante ocupação de postos na burocracia setorial ou através de alianças que deram sustentação aos arranjos público-privados estruturados ao longo do século XX. A constituição de um aparato político-institucional centralizado, de uma burocracia setorial e de um projeto

nacional para a área de saúde no pós-1930 (FONSECA, 2006) encontrou uma elite médica já atuante, que, desde o período imperial, mantinha relações de natureza corporativa com o Estado (FERREIRA; MAIO & AZEVEDO, 1998) da mesma forma que impunha resistência à crescente interferência estatal na área de saúde. Apesar das críticas que lhes foram dirigidas, favorecidas pela retórica neoliberal que combate a defesa dos direitos trabalhistas, e da pluralização das instâncias decisórias do SUS, que acabou propiciando a emergência de novos atores coletivos, a corporação médica e a burocracia setorial continuam sendo atores relevantes para se entender questões relativas à viabilidade política das ações governamentais na área de saúde.

A pressão econômica para os governos enxugarem seus orçamentos destinados à área social converteu-se em um pretexto bastante plausível para enfatizar o caráter corporativista da burocracia estatal, tida como “guardiã” de um sistema de saúde que gera déficit fiscal para o Estado, ineficácia de sua máquina administrativa e não responde, de fato, às demandas sociais. Constata-se, no Ministério da Saúde, assim como em outros ministérios³, uma precarização da burocracia setorial, tendo em vista que o atual quadro de funcionários é composto em sua maioria por técnicos que são contratados de forma terceirizada. De modo geral, esta contratação se dá: (1) mediante o estabelecimento de projetos bilaterais entre o Ministério e as agências multilaterais, que, na condição de “*internacionais terceirizadas de mão de obra*” (Entrevista 13, 2008), recebem recursos federais para contratar “consultores” que atuarão em determinados projetos ou (2) mediante a seleção simplificada para contrato temporário. Um dos principais corolários do ideário neoliberal é a racionalização dos custos, com destaque para os custos do trabalho, de modo que todo e qualquer sindicato ou coletivo que se organize para reivindicar direitos trabalhistas tem sido visto como entrave ao processo de flexibilização das legislações trabalhistas, este último, tido como condição aparentemente imprescindível para a retomada do crescimento econômico do país. Condizente com esta retórica, a burocracia estatal passou a ser identificada como um ator orientado pelo objetivo de utilizar os recursos públicos em benefício próprio, movido pela lógica individualista. O enxugamento da máquina estatal foi, juntamente ao controle da inflação, um dos itens que obteve maior consenso entre a elite governante nos anos 1990 (DINIZ, 2009). A atual precarização, a alta rotatividade e a instabilidade nos cargos ministeriais não têm favorecido os setores da burocracia que, a despeito de fortes resistências, tem buscado pautar a discussão sobre a “carreira SUS” no governo federal. Entretanto, dadas as

3 Conforme matéria publicada em 4/8/2008 no *Correio Braziliense*, seção Economia, um levantamento feito pelo Ministério do Planejamento com órgãos da administração direta, autarquias e fundações revelou que, atualmente, há 35.165 trabalhadores contratados irregularmente no serviço público federal, sendo que destes, 8.184 pertencem ao Ministério da Saúde. Já no que diz respeito ao Departamento de Atenção Básica, dos 215 funcionários de níveis superior e médio que o compõem atualmente, apenas quatro são efetivos e os demais são contratados por projetos (Entrevista 16, 2008).

prerrogativas legais do SUS e com o avanço no processo de descentralização, parece útil que não se enfatize apenas o impacto dessas transformações sobre o nível central de governo, mas sobre a adesão dos “*street-level bureaucrats*”, de que fala Lipsky (1980) às políticas, como é o caso dos gestores locais e dos profissionais de saúde na ESF, importantes para se entender a atual configuração da política de atenção básica.

Sob forte influência do processo de desestruturação e desregulamentação que se abateu sobre o mercado de trabalho brasileiro nos anos 1990 e resguardando uma postura reticente quando se tratou de incentivar o processo de descentralização político-administrativa para as esferas subnacionais, o governo federal não definiu regras para a contratação dos trabalhadores da ESF, repassando recursos para os gestores locais e deixando sob responsabilidade destes a escolha da modalidade de contratação. Acontece que, diante de um contexto macroeconômico desfavorável ao aumento dos encargos trabalhistas sob responsabilidade do poder público, mas, ao mesmo tempo, de estímulo à descentralização e com os esforços federais de universalização da atenção básica pelo SUS, como se verifica no crescente aporte de recursos destinado a este subsetor⁴, a opção dos gestores locais pela terceirização e a dos médicos pela constituição de cooperativas ofertaram incentivos concretos para que estes atores aderissem a ESF sem abrir mão da autonomia necessária para descontinuar-lo frente a mudanças no contexto. Ou seja, a terceirização acabou condicionando um tipo de inserção profissional que variou de acordo com os recursos de poder e com o grau de autonomia que dispunham os atores diante das medidas adotadas pelos governos municipais. Afinal, enquanto para os agentes comunitários de saúde, não havia outra saída senão aderir à modalidade de contrato sem direitos trabalhistas, pagamento por bolsa-auxílio e sujeita ao viés clientelista na sua relação com o poder público, para a corporação médica, por outro lado, a “saúde da família” tornou-se mais atrativa quando o ingresso via cooperativismo médico garantiu maior autonomia profissional e assegurou um dos bastiões defendidos pela corporação, que é atuar concomitantemente nos setores público e privado. Neste sentido, destaca-se tanto os recursos de poder que esses atores dispuseram para condicionar a sua inserção na política em conformidade com seus interesses quanto o modo como essa inserção foi mediada pela disposição dos atores estatais em arcar com os custos políticos e econômicos, o que vai variar de acordo com o poder de barganha dos atores com os quais eles estão se relacionando. De qualquer modo, frente ao modelo legislado de relações

4 O incremento na quantidade de postos de trabalho médico na atenção ambulatorial do SUS, entre 1992 e 1999, foi de 38%, com os maiores índices verificados no norte, centro-oeste e nordeste (SILVA & COSTA, 2002), que são justamente as regiões em que a ESF mais se expandiu. Com o atual volume de recursos que lhe é destinado, esta política tornou-se, para a corporação médica, um grande campo de atuação profissional, principalmente para os médicos recém-formados.

de trabalho que caracteriza o país (NORONHA, 2000), o Estado continua um ator central para mediar os conflitos corporativos e influir nos acordos tomados e nas coalizões formadas.

A indefinição por parte de sucessivos governos federais de um plano de carreiras, cargos e salários (PCCS) para os profissionais do SUS funcionou como freio objetivo ao fortalecimento da proposta multidisciplinar da “saúde da família” e abriu brechas para que o PCCS venha a se tornar um projeto de natureza corporativa. Afinal, diante da juridicalização do debate em torno dos contratos de trabalho na área de saúde, em que o Ministério Público tem apontado a ilegalidade de algumas modalidades de terceirização, da enorme capacidade de absorção de médicos pelo SUS, da competição com os demais profissionais de saúde e da heterogeneidade no interior da própria corporação médica, esta vem se organizando para reivindicar perante o Estado a criação de uma carreira específica para os médicos, como fica evidente nas palavras do atual presidente da Federação Nacional dos Médicos: “o Sindicato defende que a medicina deva ser uma carreira de Estado, como a de juiz e promotor”. Neste cenário, em que segmentos da medicina passam a vincular a atenção básica ao campo de atuação do “médico de família e comunidade”, um dos fatores que, paradoxalmente, pode contribuir para o fortalecimento da ESF reside na adesão dos médicos a essa “nova” especialidade, de modo a arregimentar forças para o SUS, ainda que isto comporte riscos para as pretensões a que se propunha a “saúde da família” em suas origens.

A “saúde da família”, mesmo sendo uma “prioridade” do Ministério da Saúde, parece ter sido vítima de uma inviabilização sistêmica, visto que os processos de desregulamentação e de desestruturação do mercado de trabalho, cujo impacto vê-se nas emendas constitucionais e leis ordinárias do país, funcionaram como um veto implícito às reivindicações dos setores reformistas de se definirem mecanismos estáveis e efetivos de contratação de pessoal. Uma questão tão conflitante como a criação da “carreira SUS” exige a conformação de uma coalizão intersetorial, multidisciplinar e multipartidária, diferentemente dos esforços que parecem estar ganhando força ultimamente no cenário político setorial, em que a demanda parece bem mais de natureza corporativa. No entanto, como argumenta Ocké-Reis (2009), o fortalecimento do próprio SUS depende da constituição de coalizões formadas por quem têm “voz, voto, mídia e dinheiro”, atores capazes de dar suporte político às ações governamentais na área. O desafio parece ser, então, o de aliar interesses corporativos a propostas de caráter universalizante sem que os primeiros se imponham pela sua maior capacidade de agregar interesses e de pressionar o Estado, como evidencia a tradição das políticas sociais no país.

Referências bibliográficas

- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.
- BRASIL. *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- COHN, A. As políticas sociais no governo FHC. *Tempo Social*, Rev. Sociol. USP, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 183-197, out./1999.
- DINIZ, E. *Crise, reforma do Estado e governabilidade*: Brasil, 1985-95. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997.
- _____. Globalização, Estado e trajetórias nacionais: dilemas do desenvolvimento e o futuro do Brasil. p. 91-98. In: SICSÚ, João & CASTELAR, Armando (Orgs.). *Sociedade e Economia: estratégias de crescimento e desenvolvimento*. Brasília: IPEA, 2009.
- DUPAS, G. A lógica econômica global e a revisão do *Welfare State*: a urgência de um novo pacto. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 12, n. 33, p. 171-183, 1998.
- FAGNANI, E. Ajuste econômicos e financiamento da política social brasileira: notas sobre o período 1993/98. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 13, p. 155-178, dez./1999.
- FERREIRA, L. O.; MAIO, M. C. & AZEVEDO, N. A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro: gênese de uma rede institucional alternativa. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 4, n.3, p. 475-491, nov./1997.
- FONSECA, C. M. O. *A institucionalização da saúde pública no Brasil (1930-45): consolidando dualidades*. Trabalho apresentado no 5º Encontro da ABCP, Sessão Temática 06: Políticas Públicas, FAFICH/UFMG, Belo Horizonte – MG, 26 a 29 de julho/2006. Disponível em: <http://starline.dnsalias.com/abcp/cadastro/atividade/arquivos/21_7_2006_18_7_13.pdf>. Acesso em: 08/10/07.
- FRANCO, T. B. & MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et. al. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3 ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2006, p. 55-124.
- GROS, D. B. Considerações sobre o neoliberalismo como movimento ideológico internacional. *Ensaio FEE*, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 565-590, 2008. Disponível em: <<http://revistas.fee.tche.br/index.php/ensaios/article/view/2188/2580>>. Acesso em: 14/04/09.
- GUIMARÃES, R. G. M. & REGO, S. O debate sobre a regulamentação do ato médico no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, suplemento, p. 7-17, 2005.
- LIPSKY, M. *Street-level Bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation, 1980.
- MALLOY, J. M. *A política da previdência social no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- MALTA, D. C. & SANTOS, F. P. dos. O Programa de Saúde da Família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 13, n. 4, p. 251-259, 2003.
- MARQUES, R. M. & MENDES, Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, suplemento, p. 163-171, 2002.
- MEDEIROS, M. *A trajetória do Welfare State no Brasil: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990*. Texto para Discussão nº 852, IPEA, Brasília, p. 1-27, dezembro/2001. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2001/td_0852.pdf>. Acesso em: 20/04/06.
- MELO, M. A. B. C. De & COSTA, N. Do R. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde.

- Planejamento e Políticas Públicas*, IPEA, n. 11, p. 49-108, jun.-dez./1994.
- MS. Ministério da Saúde. *Números da Saúde da Família*. SAS. Departamento de Atenção Básica. 2009. Disponível em: <dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>. Acesso em: 07/08/08.
- NORONHA, E. G. O modelo legislado de relações de trabalho no Brasil. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, 2000.
- NORONHA, J. C. de & SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.
- OCKÉ-REIS, C. O. *A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS?* Texto para Discussão nº 1376, IPEA, Rio de Janeiro, fev/2009. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/TD_1376.pdf>. Acesso em: 11/02/09.
- REZENDE, F. da C. Os Leviatãs estão fora de lugar. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 195-211, 1996.
- _____. Gastos públicos e mudanças recentes no papel do Estado nacional: uma análise comparada entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. *Novos Estudos*, CEBRAP, n. 62, p. 123-139, março/2002.
- _____. Visões “rivais” sobre mudança estrutural e proteção social. *Nova Economia*, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 35-50, jan.-abr./2008.
- RIZZOTTO, M. L. F. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. Tese (Doutorado), UNICAMP, Campinas, 2000. Disponível em: <http://thesis.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/6/4/046-RIZZOTTO_MARIA_LUCIA_FRIZON.pdf>. Acesso em: 05/08/08.
- SILVA, P. L. B. & COSTA, N. do R. Características do mercado de trabalho no setor saúde na década de 1990: reflexões. p. 275-285. In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina & VIANA, Ana Luiza D'Avila (Orgs.). *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, SP: Unicamp, 2002.
- SENNA, M. de C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, suplemento, p. 203-211, 2002.
- SINGER, P. De dependência em dependência: consentida, tolerada e desejada. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 12, n. 33, p. 119-130, 1998.
- SOLLA, J. J. S. P. et. al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 7, n. 4, p. 495-502, out.-dez./ 2007.
- VIANA, A. L. D. & DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família, *Physis: Re. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (suplemento), p. 225-264, 2005.