O PROGRAMA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO NO MARANHÃO: entre a afirmação e a negação do direito

Juliana Silva Filgueira[1]
Cristiana Costa Lima[2]
Leila Moraes Nogueira Azevedo[3]

RESUMO

O TFD é um importante programa de saúde para os atendimentos que estão fora do alcance dos pacientes em seus municípios de origem, por falta de condições técnicas. E ainda, com o Pacto pela Saúde os municípios assumiram a responsabilidade de colocar a disposição dos usuários meios que garantisse o atendimento à saúde em todos os níveis de complexidade. Parte-se da concepção de que a atual conjuntura societária, as recentes modificações constitucionais e infraconstitucionais têm sinalizado a retirada de direitos sociais e limitado o teto de gastos nessa área, medidas que refletem diretamente na saúde, comprometendo assim a prestação de serviços essenciais à sociedade, com propostas que afetam diretamente o seu financiamento e programas.

Palavras-chave: Tratamento Fora de Domicílio 1. Saúde 2. Sistema Único de Saúde 3.

ABSTRACT

The TFD is an important health program for care that is beyond the reach of patients in their cities of origin, due to lack of technical conditions. And yet, with the Pact for Health, the municipalities assumed the responsibility of making available to users the means to guarantee health care at all levels of complexity. It is based on the idea that the current societal situation, recent constitutional and infra-constitutional changes have signaled the withdrawal of social rights and limited the spending ceiling in this area, measures that directly reflect on health, thus compromising the provision of essential services to society, with proposals that directly affect your funding and programs.

Keywords: Out-of-Home Treatment 1. Health 2. Health Unic System 3.

1 INTRODUÇÃO

[1] Graduada em Serviço Social (UFMA). Pós-graduanda em Políticas Públicas, Gestão e Serviços Sociais (Faculdade Única). Email: filgueirajuliana@yahoo.com.br
[2] UFMA. Prof.ª Doutora em Políticas Públicas (PPGPP\UFMA). Email: costalima.cristiana@gmail.com
[3] HUUFMA. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (UNA-SUS/UFMA). Email: nogueira.leila@hotmail.com

Historicamente, as Políticas Públicas no Brasil têm se caracterizado como atreladas aos interesses econômicos e políticos, sendo implementadas através de práticas assistencialistas e clientelistas. Essas conservam em sua concretização o caráter fragmentário, setorial e emergencial que são reforçados gradativamente a partir da ofensiva neoliberal a qual preconiza a retração do Estado na órbita da responsabilidade social e a redução do investimento público nos serviços sociais.

Nesse contexto, pretende-se compreender os programas de assistência à saúde, como garantia do direito à saúde e continuidade do tratamento e recuperação da saúde, com enfoque no Tratamento Fora de Domicílio (TFD), como uma das formas de garantia da integralidade da saúde. Uma vez que o processo de descentralização da política de saúde habilitou os municípios à gestão dos serviços de saúde e passa a ser o responsável direto pelo atendimento das necessidades de saúde de seu território, conforme descrito nas Normas de Assistência à Saúde e no Pacto pela Saúde.

Devido à falta de tratamento adequado nos municípios de origem, o Programa TFD instituído pela Portaria nº 055 de 24/03/1999 de Assistência a saúde (Ministério da Saúde) é um programa que visa garantir o tratamento médico à pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas e que garanta transporte, ajuda de custo ou diárias à pacientes com patologias para que acessem o serviço em município de referência. Tal deslocamento justifica-se no fato de que o sistema de saúde local não dispõe de estrutura para assistência em média e alta complexidade e necessário é garantir o acesso à saúde, firmado constitucionalmente como direito de cidadania.

O objetivo deste estudo é compreender como se efetiva a garantia do direito à saúde no âmbito do Tratamento Fora de Domicílio no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão- Unidade Presidente Dutra. Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, realizada na Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Presidente Dutra em São Luís/MA, realizada com usuários hospitalizados e que residiam fora da capital São Luís.

2 SAÚDE É UM DIREITO OU MERCADORIA? IMPLICAÇÕES DA POLÍTICA NEOLIBERAL NA SAÚDE

Com o advento do neoliberalismo no Brasil a partir dos anos 1990, a proposta de saúde pensada nos anos 1980 com o Movimento de Reforma Sanitária, passaram a ser ameaçada.

Segundo Bravo (2007, p. 14), a hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência social, sucateamento da saúde e educação.

Como abordado, a Política de Saúde não escapou das consequências desse contexto que vem sendo imposto em nosso país nas últimas décadas. O fato mais evidente das restrições tem sido a financeira, responsável pela redução de forma sistemática do gasto *per capita* em saúde no Brasil, abaixo de países da América Latina mais pobres. Levando a mesma a ser alvo das contenções de gastos e voltada para o mercado.

A universalização do acesso à saúde, um dos grandes objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), era visto como uma das causas da elevação do *déficit* público. Quando na verdade, os elevados custos dos serviços de saúde são proporcionados pelo modelo adotado em sua origem e que insiste em permanecer e se fortalecer, atenção hospitalocêntrica, voltado para as inovações tecnológicas, equipamentos, maquinarias e alto grau de medicalização, que gerava baixa resolutividade e elevados custos, além do financiamento que privilegia o pagamento da dívida pública.

Observa-se que a Política de Saúde, vinculada à lógica mercantilista representa a desconstrução de tudo aquilo que foi proposto na sua construção na década de 1980. A fragmentação da política e o individualismo fazem parte dos preceitos que baseiam o projeto privatista, contrariando as bases do caráter universal e coletivo assegurados na Constituição. Como afirmam Behring e Almeida (2010), o governo de Collor foi bastante conservador e patrimonialista, ou seja, contrário às diretrizes das reformas sociais que tentavam se consolidar.

Ao restringir a ação estatal a programas e serviços destinados aos mais pobres, e que tenham reduzido custo, abrem-se as portas para participação da esfera privada na oferta de serviços à outra parte da população, não contemplada pela ação estatal, de acordo com a capacidade de compra de cada indivíduo. Os problemas de acesso e qualidade, resultantes da negligência do poder público com o SUS, contribuem para o aumento da demanda por planos privados de saúde.

Dessa forma, é clara as perversidades desse governo para a saúde pública, pois o SUS como direito, conquistado diante de forte luta do Movimento de Reforma Sanitária e garantido constitucionalmente, acabou se tornando fonte de lucratividade para o capital. E o governo FHC, adotando medidas neoliberais deixou um trágico legado para a classe trabalhadora, principalmente para o direito social à saúde, que se encontra fragilizada diante das investidas da privatização dos serviços e da invasão dos serviços terceirizados.

O financiamento do SUS viveu durante anos com problemas como a proposta da desvinculação da CPMF da receita do setor de saúde, utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o superávit primário das contas públicas. A dívida pública que deveria funcionar como um instrumento de financiamento do Estado viabilizando o aporte de recursos complementares necessários ao cumprimento de suas obrigações, no capitalismo contemporâneo seu papel foi contrário, ou seja, a utilização do fundo público para pagamento de juros e amortização da dívida pública, alimenta o capital portador de juros (representado pelos fundos de pensão, fundos coletivos de aplicação e bancos administradores de sociedades de investimento) posicionando-o no centro das relações econômicas e sociais da atualidade, ou seja, a “serviço da dívida” (SALVADOR, 2010, p. 45).

Nesses governos, o SUS, um direito conquistado historicamente, através de resistência e luta foi fortemente ameaçado pelas ações neoliberais, que buscavam de várias formas, principalmente no setor privado, “parcerias”, ou seja, “nem tudo que é público necessita ser estatal”, com o intuito de redirecionar a sua gestão para a lógica do Mercado, por meio dos contratos de gestão e assim “modernizar o Estado”. Com a falsa proposta de ampliar e melhorar a qualidade dos serviços ofertados à comunidade. Surgindo assim os chamados “novos” modelos de gestão da saúde

pública: as Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil (OSCIP's), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP's) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Estes aspectos incide na redução e desburocratização do Estado. O interese público é substituido pelos interesses privados, evidenciando a mercantilização desta política (BRAVO, 2013).

> Na medida em que os recursos advindos do setor privado são injetados nessas entidades, abre-se uma brecha para a ingerência dos interesses privados sobre a prestação dos serviços. Essa possibilidade é inclusive agravada pela perspectiva de redução gradual dos recursos estatais, na proporção em que aumenta a participação do capital privado nas organizações." (BEHRING, 2008, p.256 apud BARRETO, 1999, p.133)

Percebe-se por um lado, a primazia do setor privado na disputa de recursos, por outro, a negligência com os serviços públicos de saúde constituindo uma lógica de privatização por dentro do SUS. Nesse sentido, a agenda de reformas proposta pelo Banco Mundial para a saúde no Brasil confrontam os princípios que regem o SUS.

Portanto, Bravo e Menezes (2013) destacam a importância dos movimentos sociais em resposta aos ataques na área da saúde. Em especial, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde[3], que vem realizando várias ações e mobilizando a criação de Fóruns Regionais em resistência à privatização em diversos estados, abordando mais enfaticamente as situações dos Hospitais Universitários Federais. E o que foi constatado é uma nova estratégia de mercantilização da saúde e tentativa de privatização dessas instituições, justificada pelo sucateamento dos serviços, falta de concursos públicos, financiamento e recursos insuficientes, já que se trata de hospitais que atuam, mais especificamente, na alta complexidade, o que significa a realização dos serviços mais caros pago pelo SUS.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) aponta que o país pode perder, em duas décadas o total de R$ 745 bilhões em recursos para a saúde. "Esses cortes orçamentários e restrições, onde a EC 95[4] é o mais perverso, legaliza o

[3] Foi criada em 2010 no Seminário Nacional "20 anos de SUS, lutas sociais contra a privatização e em defesa da saúde pública estatal".

[4] Promulgada pelo Congresso Nacional, em 15 de dezembro de 2016, a Emenda Constitucional 95/2016, que limita por 20 anos os gastos públicos, com o objetivo de equilibrar as contas públicas por meio de um rígido mecanismo de controle de gastos. Acessado em 08/07/2019:

subfinanciamento do SUS. Estamos vendo a desestruturação da atenção básica, o desmonte do programa Farmácia Popular, a fragilização da Vigilância Sanitária (IPEA, 2010). Este cenário da saúde pública continua presente e tende a ganhar forças no atual governo Bolsonaro (2019-2022).

Portanto, ao contrário do que mostra a mídia e os governos, que se gasta muito com saúde, análise dos números do orçamento deixa evidente que se gasta pouco e se gasta mal no setor da saúde. Assim, faz-se necessário a ampliação dos recursos destinados a essa política. Há que se questionar por que a política econômica é tomada como prioridade em detrimento das políticas sociais, alocando quase metade do orçamento para pagamento da dívida pública, o que inviabiliza o acesso universal à saúde e limita a qualidade dos serviços prestados, afetando todos os programas sociais, inclusive o TFD.

A concepção neoliberal de política social preconiza que o bem-estar social é do âmbito privado. No caso do Brasil, jamais construímos efetivamente um Estado de Bem-estar Social, um conceito de política social constitutiva do direito de cidadania, pelo contrário, a concepção vigente é emergencial, focalista, parcial, tornando a população pobre como única responsável pela resolução de seus problemas.

3 TFD COMO DIREITO A QUEM DELE NECESSITA

O TFD foi implantado a partir da Ordem de Serviço do INAMPS nº 167, de 29 de julho de 1988, que instituiu seus procedimentos. O item 1 desta Ordem de Serviço define o conceito de TFD:

> O Tratamento Fora de Domicílio consiste em atendimento médico a ser prestado ao beneficiário, da Previdência Social, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo e desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado ao período estritamente necessário a esse tratamento.

https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/ECONOMIA/521413-PROMULGADA-EMENDA-CONSTITUCIONAL-DO-TETO-DOS-GASTOS-PUBLICOS.html

Contudo, o conceito de TFD estipulado por essa ordem, estabelece que seus beneficiários são aqueles que contribuem para a Previdência Social, excluindo os demais cidadãos que não tinham como contribuir.

Portanto, com base na Constituição de 1988, bem como no art. 7º da Lei Orgânica 8.080/90 que define dentre os diversos princípios, a descentralização político-administrativa, assim como também o princípio da integralidade de assistência que se articula entre as unidades de uma rede, das mais básicas às mais complexas tecnologicamente falando, o TFD passou a ter caráter universal de atendimento e não só para os que contribuíam para a Previdência Social.

Dessa forma, já que a maioria das unidades de saúde dos municípios não dispõe de uma rede de atendimento de média e alta complexidade, os usuários têm a possibilidade de terem acesso às ações e serviços do SUS, em outros locais que possam atender esses usuários, independentemente da complexidade requerida, por meio do TFD.

Este programa é um dos meios pelos quais se visa garantir os direitos aos usuários da rede pública de saúde, respeitando os princípios constitucionais da universalidade, regionalização e hierarquização, equidade e integralidade do SUS. Suas características são estabelecidas pela Portaria SAS/Ministério de Saúde nº 55 de 24/02/1999 (D.O.U. de 26/02/1999) em vigor desde 01/03/1999. Abrange as três esferas de governo e tem como missão garantir o acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais de outro. Possibilitando-lhes requisitar junto à Secretaria Municipal de Saúde do município onde reside, o auxílio financeiro necessário para dá continuidade ao tratamento de saúde. A referida portaria caracteriza o Tratamento Fora de Domicílio como:

> [...] um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem **por falta de condições técnicas**. Assim, o TFD consiste em uma ajuda de custo ao paciente, e em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica à unidades de saúde de outro município ou Estado da Federação, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado no período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existentes. Destina-se a pacientes que necessitem de assistência médico-hospitalar cujo procedimento seja

> considerado de alta e média complexidade. (Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999, grifo nosso)

O usuário é submetido a uma triagem de análise da condição de saúde para certificar-se que esta demanda algum tipo de cuidado inexistente em seu município, justificando a concessão do benefício. Os critérios utilizados podem variar de município para município, já que estes possuem protocolos específicos, ou seja, determinada autonomia para gerir o benefício. Uma vez que o TFD Intermunicipal é responsabilidade de cada município, pois os recursos são destinados baseados nos respectivos tetos financeiros.

Conforme a referida portaria é vedada as autorizações de TFD para acesso de pacientes a outros municípios para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica (PAB), assim como o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência, em deslocamentos menores que 50 km de distância ou realizados em regiões metropolitanas.

Contudo, ao que se percebe na realidade é uma sobrecarga, uma grande demanda “desnecessária” para o programa, dada a ineficiência da oferta dos serviços na atenção básica. Os municípios que deveriam assumir a responsabilidade em ofertar o mínimo, está encaminhando, via TFD, pacientes com problemas que poderiam ser resolvidos no seu município de origem, ou seja, apontando deficiências de uma rede que não funciona como deveria.

Neste sentido, o TFD se enquadra na ótica dos direitos sociais garantidos constitucionalmente, pois, atende às demandas sociais, principalmente, no que diz respeito à precariedade dos serviços de saúde em alguns municípios e a baixa condição econômica da maioria da população. O que impossibilita a maioria dos pacientes de arcar com as despesas de um tratamento caro. De acordo com a Portaria MS nº 55/1999, os critérios para a concessão do benefício são:

> [...] O TFD, seja ele consulta, exame, tratamento ambulatorial, hospitalar e/ou cirúrgico previamente agendados para pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de residência e/ou que necessitem de assistência médico-hospitalar com procedimentos considerados de alta e média complexidade eletiva. Também cabe a esse programa oferecer passagens de ida e volta para que o paciente possa deslocar-se até o local onde será

> realizado o tratamento e retornar à sua cidade de origem e ajuda de custo para alimentação e hospedagem (BRASIL, 1999).

De acordo com o art. 1º da Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999 as despesas relativas ao deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS para tratamento fora do município de origem podem ser cobradas por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), observando o teto financeiro definido para cada município/estado.

Pelo fato destes valores definidos pela portaria nº55/1999 encontrarem-se defasados, atualmente o valor correspondente a remuneração para transporte terrestre a cada 50Km de distância por paciente/acompanhante é estabelecido pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO), documento que possibilita registrar a programação orçamentária da unidade seguindo as cotas financeiras encontradas na Programação Pactuada Integrada (PPI).

A Resolução CIB/MA nº 144 de 24 de setembro de 2010 que dispõe sobre o Manual Estadual de Tratamento Fora do Domicílio, estipula o novo valor, baseado na Tabela de procedimento SUS – Tratamento Fora de Domicílio. Contudo, os valores referidos nas tabelas podem representar o reflexo de um modelo de gestão que não é preventiva e igualitária, reflexo de um descaso com a saúde pública, que vem desde a sua constituição histórica. A insuficiência de verba que dê conta da demanda do TFD é uma problemática que inviabiliza a conformação de toda rede de assistência do SUS.

Dessa forma, é essencial, além da compreensão das limitações existentes e a formulação de estratégias para superá-las, reconhecer o usuário do SUS como cidadãos de direitos que devem ter suas necessidades supridas.

Considerando a realidade abordada e as particularidades do universo pesquisado, os achados da pesquisa, a partir das falas dos usuários, apontam as deficiências do acesso à saúde no âmbito do TFD. Observa-se que existe uma imensa distância entre o legal, o ideal e o real no que diz respeito à efetivação da política de saúde, em especial do TFD. Recursos insuficientes, utilizado para amenizar a situação e calar o usuário, que fica refém da necessidade e fragilidade.

Se não fosse o bastante ainda precisam conviver com o fato de que quando é fornecido o carro, o valor da ajuda de custo é suspenso. Contudo, é necessário que os gestores, secretários de saúde e equipe do TFD considerem as particularidades de cada caso. Os usuários que fazem hemodiálise, por exemplo, que necessitam vir a São Luís e retornar para o seu município, pelo menos três vezes por semana, assim como o acompanhante, ou seja, garantir somente o deslocamento não é suficiente, como relatou um dos entrevistados. Enquanto a portaria nº 55/99 SAS/MS versa que a ajuda de custo só deve ser suspensa em casos de internação do paciente.

Outro dilema apontado pelos entrevistados é a questão do acompanhante. É fato que a presença do acompanhante é algo a ser avaliado, mas em alguns casos é necessário e quando autorizado o acompanhante também terá direito a passagens e ajuda de custo para alimentação e pernoite, observando as disposições da Portaria SAS/MS nº 55/1999.

Os dados apresentados reafirmam a visão de Cohn et al (1991), onde no Brasil existem populações socialmente condenadas a elaborar a sua capacidade de utilização da rede que é precária e eternamente insuficiente. O acesso à assistência à doença passa pela reiteração da condição de desigualdade. Assim, cabe ao povo ajustar modos próprios de acessibilidade a serviços de difícil acesso “para, à sua maneira, conquistar o direito à saúde”. (COHN, 1991, p.164)

Percebemos ainda, que o viés político partidário vem dificultando o processo de regionalização e consequentemente o TFD, inserido nesse contexto, e tem atrapalhado as funções originais dos espaços de negociação e decisão do sistema; a execução dos programas acaba se inviabilizando pelos interesses e disputas partidárias e clientelistas[5], como relatam alguns usuários entrevistados. Onde essas questões interferem diretamente nas relações federativas, com impactos negativos para a saúde. Realidade presente não só na saúde, mas nas políticas sociais de modo geral.

[5] O clientelismo compreende uma ação de troca entre dois sujeitos: de um lado, aquele que demanda um serviço de caráter público (que não pode ou não tem como ser obtido por meio do mercado); de outro, aquele que administra ou tem acesso aos decisores sobre a concessão do serviço público. Essa ação é operada pela lógica da dádiva e do favor, como moeda política. Avelino Filho (1994, p.227). Segundo Araújo (2001), o clientelismo constitui uma expressão da diluição entre as esferas pública e privada, estabelece relações de caráter personalista, as quais desfiguram a perspectiva do direito.

Na perspectiva de compreender como o usuário percebe o direito à saúde a partir do TFD, os dados coletados evidenciaram que apesar de fazerem uso do programa, os usuários, em geral, não têm a percepção do mesmo como um direito, o que acaba impossibilitando a reivindicação deste quando necessário. Principalmente pela distorção do real objetivo do programa, tão necessário, mas vem sendo tratado pelos gestores como “moeda de troca política”, “barganha de prefeito” para ganhar eleitores. Se não é do lado do partido do prefeito, o acesso ao programa se torna inviável. E mesmo quando é concedido não é visto pelo usuário como direito, mas sim como o “carro/ambulância que o prefeito conseguiu”.

Atrelado a isso, observa-se a fragilidade proposital, no que diz respeito à falta de disponibilização de informação sobre o programa. O conhecimento do usuário quanto ao programa é extremamente vago, quando sabem a respeito é muito pouco e muito aquém do que de fato é.

No Brasil, a convivência pacífica entre as forças clientelistas e as burocráticas têm se “apresentado como fator de impedimento a um processo de modernização da sociedade brasileira, na superação das formas mais arcaicas de poder, de construção de uma ética pública, e o fortalecimento da sociedade civil” (SEIBEL, 1997, p. 03). Estas forças estão cristalizadas e resistem à sua supressão, impedem a instalação de novos modelos, no caso o acesso universal aos direitos sociais.

4 CONCLUSÃO

Diante do exposto, o TFD é criado como instrumento para garantir o princípio do SUS da regionalização e hierarquização na saúde, seu funcionamento de maneira eficaz é de grande importância para a saúde pública. No entanto, o que os dados da pesquisa mostraram é que sua aplicabilidade está longe de garantir de fato o direito digno à continuidade do tratamento de saúde dos usuários que dele necessita.

Conforme Araújo (2001), a cultura do favor e da naturalização da desigualdade permeia até hoje as relações sociais, criando vínculos de dependência pessoal e afetiva entre sujeitos de poderes desiguais, base do autoritarismo e da subserviência.

Nesse sentido, na atual cultura política caracterizada pela meritocracia e casuísmo, um SUS com princípios de descentralização, igualdade de acesso e universalidade não foi sentido igualmente por toda população, principalmente nas camadas populares que só possuem como alternativa de ter seu direito à saúde com os serviços do sistema público. Que não disponibiliza de forma satisfatória atendimentos da atenção básica, o que desencadeia o agravo da doença, levando a necessidade de ações de intervenção da média e alta complexidade.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rossetti; ALMEIDA, Maria Helena Tenório de. (orgs.). **Trabalho e seguridade social: percursos e dilem**as. – 2. ed. – São Paulo: Cortez; Rio de janeiro: FSS/UERJ, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999**. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde– SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**: desafios e perspectivas. Brasília: MS, 1998. 45p. Disponível em: https://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00000504&lng=pt dia 29/03

BRAVO, Maria I. S.; MATOS, Maurílio C. de. A saúde no Brasil**:** Reforma Sanitária e Ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (orgs). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2007. p. 197-216.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço.** São Paulo: Cortez, 1991.

_____**. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições

SALVADOR, Evilásio. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil.** São Paulo: Editora Cortez, 2010.

SEIBEL, E. J. **Cultura política e gestão pública: os limites político-administrativos para a efetivação de políticas públicas.** Florianópolis, 1997.