

## ***Privação da oferta de serviços fonoaudiológicos no Sistema Único de Saúde (SUS) e a reforma do Estado: a mediação do debate***

***Leda Maria Fonseca Bazzo<sup>1</sup>***

### ***Resumo***

Este artigo busca respostas para a incipiente oferta de fonoaudiólogos nos serviços públicos de saúde, constatada em trabalhos anteriores. Emprega, como explicação para o fato, a análise da conjuntura política que atinge seu auge na segunda metade da década de 1990, quando ocorre a reforma do Estado brasileiro. Aponta restrições relativas ao modelo de reforma imposto pelas agências internacionais ao governo brasileiro, mas indica alternativas para a atuação da categoria no interior da formulação das políticas públicas.

***Palavras-chave:*** Fonoaudiologia - oferta - SUS; estado brasileiro - reforma

### ***INTRODUÇÃO***

A oferta do atendimento fonoaudiológico no sistema público de saúde ocorre a partir das décadas de 1970 e 1980, numa conjuntura de mudanças das políticas de saúde de âmbito nacional que, na segunda metade da década de 1980 e início dos anos 1990, acompanha o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse fato impulsiona a categoria fonoaudiológica a refletir sobre as políticas públicas de saúde (BEFI, 1997).

A partir dos pilares da integralidade, equidade e universalidade, surge o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política de saúde do governo federal e como prerrogativa de amplo direito à saúde a todo cidadão em território brasileiro. Conservam-se, porém, questões como a própria escassez da oferta dos cuidados fonoaudiológicos, na medida em que se evidenciam as dificuldades no acesso dos usuários à fonoaudiologia, o que expõe a baixa responsabi-

lidade e a falta de compromisso dos dirigentes, relatadas nos trabalhos de Gomes e Remencius (1997), Andrade, Lopes e Lins (1997), Andrade (2000), Gonçalves (2000) e Nemr (2002).

Esses estudos revelam a dispersão dos princípios norteadores do SUS no que tange ao planejamento da oferta de fonoaudiólogos nos serviços públicos, mas a produção teórica da área não foi além da constatação desse "nó crítico". Os trabalhos informam crescente procura de usuários para o fonoaudiólogo, sem o correspondente em serviços para atender à demanda. Contudo inexistem avanços científicos que revelem o cerne da questão. Portanto, o objetivo deste ensaio é dar continuidade ao debate, almejando uma possível explicação para a escassez de serviços públicos fonoaudiológicos, a partir da análise política de um período.

Ou seja, cientes da complexidade dos fatos políticos, elegemos um momento histórico

<sup>1</sup> Professora do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia; mestranda no Instituto de Saúde. Coletiva – UFBA. Instituto de Ciências da Saúde.

### ***Correspondência para / Correspondence to:***

Av. Reitor Miguel Calmon, s/n – Vale do Canela.  
40.110-100 Salvador – BA – Brasil.  
Tel.: (071) 3336-0519; (071) 9139-2600.  
**E-mail:** bazzoleda@hotmail.com; ledha\_bazzo@yahoo.com.br

para compreender o assunto: a reforma do Estado Brasileiro, momento peculiar na história do Brasil, que repercute na mudança da estrutura econômica do país e que atinge seu período “áureo” após a segunda metade da década de 1990, quando há uma mudança significativa na política nacional do país, com repercussão nas políticas de saúde. Desse modo, queixas relativas à indisponibilidade de oferta de tratamento fonoaudiológico nos municípios a partir das demandas existentes, ou mesmo dificuldades quanto ao acesso a essas terapêuticas realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) remetem à análise de um cenário político denso.

### **A REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO**

Durante as décadas de 1980 e 1990, presenciemos o debate sobre a reforma do Estado e os rumos que o mesmo deveria seguir. Nos países europeus, saídos do pós-guerra, até meados de 1970, a filosofia do Estado do Bem-estar Social ou *Welfare State*<sup>1</sup> era parte integrante da formulação das políticas. Porém, esse Estado sofreu um esgotamento, sendo marcado por uma crise de insustentabilidade da utopia. Mas este Estado de Bem-estar Social, até o final dos anos 1960, representava um novo paradigma, ao reconhecer os direitos dos cidadãos, a partir de um conjunto de políticas garantidoras da cidadania universal, igualdade básica e equidade (FIORI, 1993).

Em relação ao Brasil, podemos observar historicamente que o momento “áureo” de implementação das conquistas aponta para uma transição das políticas de governo a partir do movimento das “Diretas Já”, com ampliação do período de licença maternidade, introdução de melhorias na legislação trabalhista, criação do Sistema de Seguridade Social e do Sistema Único de Saúde, além da consagração do dever estatal de promover a educação pública e gratuita em todos os níveis e outros aspectos de proteção social, direitos que estão na Constituição de

1988. A execução dessas conquistas, porém, fica comprometida, uma vez que a crise do Estado de Bem-Estar Social nos países europeus repercute, tardiamente, em toda a América Latina (SILVA, 2001).

A consequência é o avanço das políticas neoliberais e o desmonte das estruturas produtivas e executoras de políticas públicas do aparato estatal desenvolvimentista, aprofundando ainda mais a *mercantilização* das condições de bem-estar dos indivíduos e famílias, tornando a universalização dos direitos sociais garantidos pela Constituição um sonho muito distante (GOMES, 2006, p.203).

Essa conjuntura coloca o Brasil à mercê da nova ordem econômica mundial, que propõe a abertura de mercado orquestrada pela globalização. Estamos, diante da ideologia do neoliberalismo, que se expressa de forma mais contundente com a reforma do Estado nos anos 1990.

E, dentre os modelos de Estado, particular atenção é devotada aqui à corrente neoliberal, pois se trata de um modelo que aparece como hegemônico na formulação das agências multilaterais de crédito que condicionam a agenda governamental brasileira a partir de 1990. É aplicado como referencial crítico do modelo de Estado intervencionista, vigente até a década de 1980, e como parâmetro para as iniciativas de reforma do Estado e reforma no modelo de políticas públicas.

Além disso, as raízes da corrente neoliberal se encontram na teoria do Estado formulada a partir do século XVII, que expressa o ideário do liberalismo clássico. Essa teoria de Estado revela politicamente as concepções da economia clássica, conforme formulada, principalmente, por Adam Smith e David Ricardo (AZEVEDO; MELO, 1997).

A perspectiva clássica, que surge da reação contra o pensamento mercantilista dos séculos XVII e XVIII, baseia-se na livre concorrência, na auto-regulação da economia e no aumento de bem-estar geral decorrente do com-

1. O Welfare State surgiu nos países europeus, devido à expansão do capitalismo após a Revolução Industrial e o Movimento de um Estado Nacionalizando a democracia. Segundo Draibe e Henrique (1988) “seu início efetivo dá-se exatamente com a superação dos absolutismos e a emergência das democracias de massa.”

portamento maximizador de cada indivíduo, considerando qualquer intervenção estatal extrapoladora do “Estado mínimo”, uma interferência indevida no equilíbrio assegurado pela chamada “mão invisível” do mercado (BAUMANN, 1996).

Sob essa égide, o Estado seria o guardião dos interesses públicos, uma vez que se ocuparia em responder apenas pelo provimento de alguns bens essenciais, como educação básica, defesa e aplicação das leis (MACPHERSON apud AZEVEDO; MELO, 1997).

No Brasil, o período correspondente à ofensiva neoliberal inicia-se na década de 1990, quando se considera o estado irreformável, ineficaz, parasitário, predador, sendo a única reforma possível e legítima a sua redução ao mínimo necessário para o funcionamento do mercado (SANTOS, 1998, p.10).

E as estratégias que viabilizam essas propostas são acionadas, na prática, quando existe a adesão a uma política que legitima as privatizações de empresas estatais. O plano diretor da reforma do aparelho do Estado estabelece um desenho industrial coerente com processos em curso na experiência internacional dos anos 1980, e é dada continuidade, no plano doméstico, às iniciativas do programa nacional de desestatização de 1990 e com as privatizações das empresas estatais da década de 1980 (COSTA, 2001). Outra questão, mostrada por Costa, é que a privatização da propriedade pública e a conseqüente criação de um novo modo de regulação, na década de 1990, obtiveram razoável aceitação da opinião pública brasileira, face à insatisfação com a qualidade dos serviços oferecidos pelas empresas estatais. Obteve ainda ampla difusão o tema da crise do Estado em todas as correntes do pensamento econômico. No entanto, como nos mostra o autor, evidências empíricas não sustentam esse consenso em todas as áreas de atividade do governo.

Mas esse período, de características neoliberais, também desencadeia uma crise e atinge seu ponto máximo nos países da Europa central e do Leste, em que emergiu um submundo de máfias, violências, corrupção política e aumento das tensões sociais motivadas pelo desemprego (SILVA, 2001).

Diante dessa circunstância, houve a organização de movimentos sociais contra as atitudes dos governantes em voga, e a análise da situação mostrou que “só um Estado forte pode produzir eficazmente sua própria fraqueza e, como toda desregulação envolve regulamentação, o Estado, paradoxalmente, tem de intervir para deixar de intervir” (SANTOS, 1998, p.11).

Além disso, a inserção no mundo globalizado corre em diferentes condições para os diversos países. No Brasil, a globalização não elimina (antes agrava) a relação de dominação centro-periferia, presente em outros momentos do capitalismo. Nesse sentido, alguns autores têm demonstrado que o maior volume de investimentos continua se dando entre os EUA, o Japão e a União Européia (CHESNAIS, 1996; MARTINS, 1999).

A América Latina, por exemplo, apesar de possuir uma população equivalente ao conjunto da União Européia e do Japão, se mantém com apenas 8,8% do produto e 4,4% do comércio mundial. Já a UE, representada pelos quinze países europeus, mantém 18% do produto, o que possibilita, nesses países, postos de trabalho mais produtivos e bem pagos (MARTINS, 1999). Desde modo, o Brasil não figura como uma das melhores opções de investimento para o capital produtivo, pois as altas taxas de juros têm atraído apenas capitais especulativos, o que provoca um dano irreversível para a economia brasileira.

A partir desse panorama, conclui-se que o caminho neoliberal para o primeiro mundo é um mito manejado pelas classes e frações que detêm a hegemonia no sistema capitalista internacional (BORON, 1994). E a crise que atravessa o aparelho do Estado, mais evidente nos anos 1990, é exemplar para compreendermos as dificuldades desse Estado em absorver novas demandas no setor de saúde, em função de um orçamento ajustado, marcado por instabilidade econômica e maleabilidade política. Assim, as necessidades de serviços fonoaudiológicos acabam compondo um cenário marcado pela mingua da oferta, o que se reverte na desigualdade do acesso.

Nessa perspectiva, os serviços fonoaudiológicos ilustram a distância entre os incluídos e os

excluídos, já que o acesso a essas terapêuticas favorece as classes que possuem o poder de compra. E as dificuldades que algumas profissões da área da saúde enfrentam se dão, principalmente, pela intervenção ampliada na saúde e bem-estar das pessoas, com o limitado enfoque em doenças que levam ao óbito. Assim, a fonoaudiologia é relegada a um segundo plano, já que o “enxugamento” do Estado implica uma série de restrições que se refletirão também na contenção de verbas para o setor saúde.

Portanto, a fonoaudiologia raramente é convocada para trabalhar nos serviços públicos, em virtude da restrição de recursos financeiros, fato que pode colocar a profissão à margem dos reais problemas sanitários enfrentados pela sociedade.

Todavia, para a plena continuidade do governo democrático, é imprescindível que este encontre e faça convergir esses dois conceitos: governabilidade<sup>2</sup> e governança<sup>3</sup>. Ou seja, ao longo do mandato no executivo, ele responda às demandas e necessidades reivindicadas pela sociedade civil. E aumentar os graus de governabilidade de uma ordem democrática, além de um melhor desempenho da máquina burocrática, elevando seu nível técnico, exige também o reforço da responsabilidade do Estado face às metas coletivas e às demandas básicas dos diferentes segmentos da população (DINIZ; AZEVEDO, 1997).

Porém percebemos que, diante de dilemas marcados por escassos recursos, ao lado de crescentes demandas, inicia-se um movimento da sociedade civil organizada, legitimada pelos governos, em busca de alternativas e tentando melhorias, mudanças positivas do cenário atual. Surgem, então, organizações que formulam e implementam projetos, na tentativa de afinar o passo com os direitos adquiridos anteri-

ormente e, nessa conjuntura, constituem mais uma opção para o atendimento às demandas sociais. Trata-se do terceiro setor<sup>4</sup>.

Mas pensamos que a delegação do Estado para a oferta de serviços de saúde pelo terceiro setor pode camuflar os problemas sem solucioná-los. A situação de saúde da população brasileira merece reflexão e uma análise de cunho mais criterioso.

Existe a crença, também, em alteração das formas de financiamento e de organização da gestão e regulação, o que pode propiciar mudanças no modelo assistencial de saúde adotado, com repercussão tanto no nível macro quanto no micro, tendo como princípio a construção conjunta desse modelo. E, sobre esse aspecto, a própria Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.142) regula a participação da comunidade na gestão do SUS, como uma das prerrogativas para os repasses dos recursos Ministeriais aos municípios. Está prevista, no artigo 198 da Constituição Federal, a participação da comunidade nas ações e regulação desses serviços, e o fomento desse mecanismo pressupõe a criação de um planejamento participativo em saúde, com compartilhamento do poder entre os gestores e os Conselhos de Saúde (DINIZ, 1999).

O Plano Nacional de Saúde, formulado pela primeira vez no ano de 2004, identifica alguns problemas a serem solucionados como: (1) na maioria dos municípios e estados, os conselhos não exercem seu caráter deliberativo assegurado na Lei Federal 8142 de 1990; (2) os processos de discussão e troca de informações entre os conselheiros, as comunidades e os movimentos sociais representados são insuficientes, prejudicando a legitimidade e a representatividade dos conselhos; (3) existe uma baixa capilaridade das resoluções e deliberações dos conselhos e das conferências para o conjun-

2. Governabilidade refere-se às condições sistêmicas mais gerais sob as quais se dá o exercício do poder em uma dada sociedade, tais como as características do regime político (se democrático ou autoritário), a forma de governo (se parlamentarista ou presidencialista), as relações entre poderes (maior ou menor assimetria), os sistemas partidários (se pluripartidarismo ou bipartidarismo), o sistema de intermediação de interesses (se corporativista ou pluralista), entre outras. (DINIZ, 1996).

3. Governança é entendida como a capacidade governativa em sentido amplo, envolvendo a capacidade de ação estatal na implementação das políticas e na consecução das metas coletivas. Refere-se ao conjunto de mecanismos e procedimentos para lidar com a dimensão participativa e plural da sociedade, o que implica expandir e aperfeiçoar os meios de interlocução e administração do jogo de interesses (DINIZ, 1996).

4. Pode-se entender por terceiro setor organizações sem fins lucrativos e não governamentais, que têm como objetivo gerar serviços de caráter público.

to dos representados, na ausência de outras modalidades de interlocução entre usuários e gestores, tais como as ouvidorias; (4) as condições operacionais de infra-estrutura dos Conselhos de Saúde são, em seu conjunto, precárias, impedindo um melhor desempenho dessa instância (BRASIL, 2004, p.3).

Percebemos, no entanto, empenho do governo federal em estabelecer uma política de descentralização dos municípios, definida nas Leis 8.080 e 8.142, e o “passo a passo” para a sua operacionalização, nas Normas Operacionais NOB/SUS (91 a 96) e Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS/2002. Trata-se de processos que visam a auxiliar, pela descentralização, uma gestão participativa, assim como o estabelecimento dos requisitos necessários para o repasse dos recursos fundo a fundo.

Não sendo o foco deste trabalho o aprofundamento do debate sobre descentralização, resume-se o entendimento de que as medidas descentralizadoras são processos que imbricam na construção do Estado democrático, aparecem na consolidação desse regime e desaparecem durante as ditaduras. Uma vez efetivadas, elas podem trazer conseqüências benéficas para os municípios quanto ao exercício de cidadania nas conquistas democráticas, tais como o orçamento participativo, o planejamento municipal participativo, a organização dos conselheiros de saúde e uma conseqüente maior penetração da sociedade civil organizada, conforme as concepções filosóficas e diretrizes do SUS.

Percebem-se, porém, dificuldades de os Conselhos de Saúde diagnosticarem e traduzirem as necessidades das comunidades, princi-

palmente daquelas nem sempre explícitas no corpo do indivíduo. Todavia sabemos que a sociedade civil organizada tem formas de pressionar os governos, a fim de que suas reivindicações sejam processadas e respondidas com propostas políticas.

## CONCLUSÃO

Com a complexidade da sociedade contemporânea, verificamos uma crescente demanda para o serviço de fonoaudiologia, ao lado de um quadro insuficiente de oferta desse atendimento nas instituições públicas de saúde. Encontramos, na reforma do Estado Brasileiro, uma possível explicação desse cenário, que pode ser extrapolada para a conjuntura de outras áreas da saúde que se encontram em situação semelhante.

Acreditamos ainda que, mesmo sendo inegável a influência do neoliberalismo durante o processo de reforma do Estado nos anos 1990, entende-se o Estado brasileiro como pluralista, resultante da influência de variadas formas de se gerir a máquina pública e, neste aspecto particular, a atenção é dada à participação da sociedade civil, a fim de ser representada pelo Estado. Portanto, entendemos que a participação das comunidades organizadas representa formas de adentrar-se no aparelho do Estado e participar do mesmo, para o surgimento de determinadas políticas.

Trata-se de dimensionar como um problema específico de saúde é reconhecido pelas comunidades, pela categoria de profissionais e pelo governo, passando a ser ou não alvo de uma política pública específica.

## ***Restricted offering of phonoaudiological services in the Sistema Unificado de Saúde (SUS) and the reform of the State: the mediation of the debate***

### ***Abstract***

***This article searched for the reasons of the poor offering of phonoaudiologists in the public health services found out in previous research, explaining the fact by the analysis of a political situation that***

*reaches it heights in the decade of 90, when occurred the reform of the Brazilian State. It points out restrictions related to the model of reform imposed by international agencies to the Brazilian Government and presents alternatives to the work of the phonoaudiologists compatible with the public politics of health.*

**Keywords:** *Phonoaudiological services – SUS; State reform – Brazil.*

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C.R.F. Fases e níveis de prevenção em fonoaudiologia: ações coletivas e individuais. In: VIEIRA, R.M. et al. (Org.). **Fonoaudiologia e saúde pública**. Carapicuíba: Pró-Fono, 2000. p.81-104.
- ANDRADE, C.R.F.; LOPES, D.M.B.; LINS, L. O campo de atuação do fonoaudiólogo. In: KUDO, A.M. et al. (Org.). **Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria**. 2.ed. São Paulo: Sarvier, 1997.
- AZEVEDO, S. de; MELO, M.A. Fases e níveis de prevenção em fonoaudiologia: ações coletivas e individuais. In: VIEIRA, R.M. et al. (Org.). **Fonoaudiologia e saúde pública**. Carapicuíba: Pró-fono, 2000. p.81-104.
- \_\_\_\_\_. A política da reforma tributária: federalismo e mudança constitucional. **R. Bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v.12, n.35, p.75-99, out. 1997.
- BAUMANN, R. Uma visão econômica da globalização. In: \_\_\_\_\_(Org). **O Brasil e a economia global**. Rio de Janeiro: Campus, 1996. p33-51.
- BEFI, L.D.M. A inserção da fonoaudiologia na atenção primária à saúde. In: \_\_\_\_\_. (Org). **Fonoaudiologia na atenção primária à saúde**. São Paulo: Lovise, 1997. p.15-35. (Série Atualidades em Fonoaudiologia).
- BORON, A.A. **Estado, capitalismo e democracia na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> Acesso em: 4 jun. 2006.
- \_\_\_\_\_. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, [1991?]. Disponível em:< <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>> Acesso em: 9 abr. 2006.
- \_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde** : NOB-SUS 01/96. Brasília, DF, 1996. Disponível em:<<http://www.saude.ba.gov.br/regulasaude/arquivos/NOB%2001-96.doc>> Acesso em: 8 ago. 2006.
- \_\_\_\_\_. **Portaria n.95, de 26 de janeiro de 2001**. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência [...] Brasília, DF, 2001. Disponível em: <[http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legislação/NOAS01\\_PT95.htm](http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legislação/NOAS01_PT95.htm)> Acesso em: 2 jan. 2006.
- \_\_\_\_\_. **Portaria n.2.607, de 10 de dezembro de 2004**. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília, DF, 2005. Disponível em:<[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano\\_Nacional\\_de\\_Saude.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano_Nacional_de_Saude.pdf)> Acesso em: 8 jan. 2006.
- CHESNAIS, F. (Org.). **La mondialisation financière**. Paris: Syros, 1996.
- COSTA, J.R.C. **Previdência e neoliberalismo**. Porto Alegre: Livr. do Advogado, 2001.
- DINIZ, E.. Em busca de um novo paradigma: a reforma do Estado no Brasil dos anos 90. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v.10, n.4, p.13-26, out./dez. 1996.

- DINIZ, E. Engenharia institucional e políticas públicas: dos conselhos técnicos às câmaras setoriais. In: PANDOLFI, D.(Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999.
- \_\_\_\_\_. Globalização, reforma do estado e teoria democrática contemporânea. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v.15, n.4, p.13-22, 2001.
- DINIZ, E.; AZEVEDO, S. (Org). **Reforma do estado e democracia no Brasil**: dilemas e perspectivas. Brasília, DF: Ed. UnB: ENAP, 1997.
- DRAIBE, S.M.; HENRIQUE, W. "Welfare state", crises e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. **R. Bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v.3, n.6, p.53-78, fev. 1988.
- FIORI, J.L. Ajuste, transição e governabilidade: o enigma brasileiro. In: TAVARES, M. da C.; FIORI, J.L. (Org). **Desajuste global e modernização conservadora**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993. p.127-189.
- GOMES, E.M.G.P.; REMENCIUS, N.R. Fonoaudiologia na Unidade Básica de Saúde. In: LAGROTTA, M.G.M.; CÉSAR, C.P.H.R. **A fonoaudiologia nas instituições**. São Paulo: Lovise, 1997.
- GOMES, F.G. Conflito social e *welfare state* Estado e desenvolvimento social no Brasil. **R. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.40, n.2, p.201-234, mar./abr. 2006.
- GONÇALVES, C.G. de O. et al. Demanda pelos serviços de fonoaudiologia no município de Piracicaba: estudo comparativo entre a clínica-escola e o atendimento na Prefeitura Municipal. **Pró-fono**: Revista de atualização científica, Barueri, v.12, n.2, p.61-66, set. 2000.
- MARTINS, J. **Os limites do irracional**: globalização e crise econômica mundial. São Paulo: Fio do Tempo, 1999.
- MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. t.1.
- NEMR, Kátia. Fonoaudiologia e saúde pública: uma experiência na comunidade de Heliópolis. **J. CFFa**, Brasília, DF, ano 7, n.14, p.7-8, jul./set. 2002.
- SANTOS, B. de S. **A reinvenção solidária e participativa do Estado**. Coimbra: Faculdade de Economia, Centro de Estudos Sociais, 1998.
- SILVA, I.G. A reforma do Estado brasileiro nos anos 90: processos e contradições. **Lutas Soc.**, São Paulo, v.5, n.7, p.81-94, 2001.
- SILVA, P.L.B. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v.17, n.1, p.69-85, jan./mar. 2003.

### **Agradecimentos**

A Estandilau Galindo e a André Gattaz pelas considerações e revisão do manuscrito.

Recebido em / **Received**: 29/03/2007  
Aceito em / **Accepted**: 18/06/2007