



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Ariadne de Oliveira e Sá

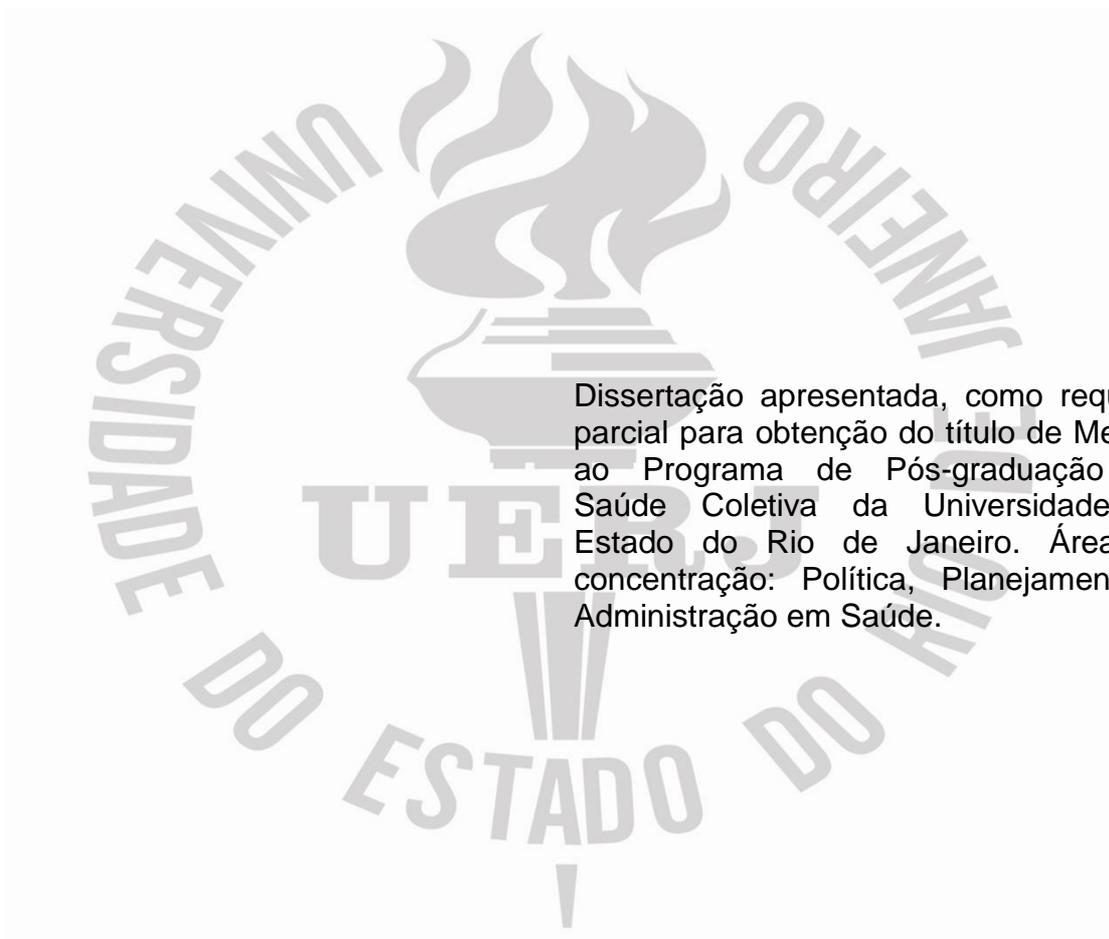
**A Nova Gestão Pública na saúde no município do Rio de Janeiro  
compreendida a partir do vínculo de trabalho**

Rio de Janeiro

2022

Ariadne de Oliveira e Sá

**A Nova Gestão Pública na saúde no município do Rio de Janeiro  
compreendida a partir do vínculo de trabalho**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S111

Sá, Ariadne de Oliveira e

A Nova Gestão Pública na saúde no município do Rio de Janeiro  
compreendida a partir do vínculo de trabalho / Ariadne de Oliveira e Sá. – 2022.  
92 f.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto  
de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Gestão em saúde - Rio de Janeiro - Teses. 2. Saúde pública – Teses. 3.  
Emprego - Teses. 4. Atenção primária à saúde – Teses. I. Santos, Ronaldo Teodoro  
dos. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social  
Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 614.2(815.3)

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta  
dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Ariadne de Oliveira e Sá

**A Nova Gestão Pública na saúde no município do Rio de Janeiro  
compreendida a partir do vínculo de trabalho**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 29 de março de 2022.

Orientador:

---

Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Eduardo Levcovitz  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

---

Prof. Dr. José Geraldo Leandro Gontijo  
Universidade Federal de Minas Gerais

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lucia Frizon Rizzotto  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Rio de Janeiro

2022

## DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à minha mãe, Valéria, que muito cedo iniciou sua luta pelos direitos do trabalhador e me ensinou esses valores, e à minha madrastra, Tetê, que, mesmo tendo seus direitos sequestrados com dois filhos no ventre, não deixou de acreditar em dias melhores.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente ao meu companheiro, Pedro, que esteve comigo em absolutamente todos os momentos desse processo, desde o dia da matrícula no mestrado até os turbulentos momentos finais, acreditando em mim a cada etapa e me incentivando.

Agradeço ao meu pai por sempre ser base forte e porto seguro, e por me apoiar incondicionalmente. À Tetê por ser uma amiga carinhosa e ter uma visão de esperança. Agradeço à Lara, Carolina, Bernardo, Marina e Antônia por alegrar meus dias com tanto amor.

À Julia por ser a melhor companheira da minha vida e por estar presente sempre.

Aos meus colegas de turma Bibiana, Laisa, Gabi, Cassi e Camilla por me darem força e por terem me acolhido com carinho.

Agradeço ao João Pedro por ser um grande parceiro de aventuras, um amigo de alma e uma pessoa que cresce comigo.

Agradeço com todo o meu coração ao meu orientador Ronaldo por ensinar e conduzir de forma tão gentil e dedicada. O processo foi longo, com percalços, mas em momento algum deixou de acreditar em mim e no projeto. Aprendi muito nesses anos juntos.

Agradeço aos professores do IMS que fizeram parte dessa trajetória, especialmente ao professor Eduardo Levcovitz, a quem dedico especial admiração.

Por fim agradeço à minha mãe que, mesmo de longe, se fez presente em todo o processo, me trazendo calma e sabedoria para avançar com confiança.

Eles estão jogando o jogo deles.  
Eles estão jogando de não jogar um jogo.  
Se eu lhes mostrar que os vejo tal qual eles estão,  
quebrarei as regras do seu jogo  
e receberei a sua punição.  
O que eu devo, pois, é jogar o jogo deles,  
o jogo de não ver o jogo que eles jogam.

*R.D. Laing - Laços*

## RESUMO

SÁ, Ariadne de Oliveira e. *A Nova Gestão Pública na saúde no município do Rio de Janeiro compreendida a partir do vínculo de trabalho*. 2022. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O percurso escolhido pelo presente estudo tem como principal objetivo trazer elementos sobre as disputas no campo do trabalho na saúde que se colocam a partir da influência neoliberal no Rio de Janeiro nas gestões de Eduardo Paes (2009-2017) e Marcelo Crivella (2017-2021). Para tanto, este trabalho faz um resgate histórico do neoliberalismo nos anos 90 e de seus fundamentos no que diz respeito à administração pública, com destaque para a Nova Gestão Pública. As diretrizes neoliberais que influenciaram a introdução das Organizações Sociais de Saúde no município carioca e a reforma que acompanhou este marco, afetaram, também, a trajetória das disputas no campo da saúde que antecederam este momento. Objetivando desenhar o cenário no qual a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária no Rio de Janeiro se materializou, o presente estudo traz algumas perspectivas sobre financiamento e cobertura, contrastando com Belo Horizonte, capital mineira que historicamente apresentou bons números em cobertura e estabilidade na assistência na atenção primária à saúde, mesmo quando o Rio de Janeiro apresentava menos de 5% de cobertura populacional. Estas discrepâncias interessam ao presente estudo e os resultados encontrados apontam a questão dos vínculos de trabalho como ponto central para explicá-las e para, possivelmente, apontar um caminho que possibilite constância e solidez à atenção primária carioca. Como metodologia, foi realizada revisão da bibliografia de interesse, levantamento de dados de acesso público, bem como importante análise dos marcos legais que balizaram as conjunturas políticas destacadas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Organização Social. Gestão em saúde. Nova Gestão Pública. Precarização do Trabalho.

## ABSTRACT

SÁ, Ariadne de Oliveira e. *New Public Management in Rio de Janeiro municipality's health system understood through employment relationships*. 2022. 92f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The way chosen by this thesis has as its main objective to bring elements about the dispute in the health work field that arise from the neoliberal influence in Rio de Janeiro through Eduardo Paes (2009-2017) and Marcelo Crivella (2017-2021) administrations. To do so, this work brings a retrospective of neoliberalism in the 90's and of its fundamentals in what concerns public administration, highlighting the New Public Management concept. The neoliberal guidelines which have influenced the introduction of Social Organizations in Rio de Janeiro and the reform that accompanied this mark also affected the trajectory of the disputes in health field that precede this moment. Aiming to delineate the scenario in which the Reform of Primary Health Care in Rio de Janeiro took place, the present study introduces some perspectives about financing and coverage, contrasting it with Belo Horizonte, capital of Minas Gerais state that has historically shown high levels of coverage in primary health care and stability in assistance, even when Rio de Janeiro counted with less than 5% of coverage of its population. These discrepancies interest to this study and the results indicate the issue of employment relationships as a key point to explain them and to possibly point out a way that grants constancy and solidity to Rio de Janeiro's primary health care. As methodology, it has been employed literature review, data survey as well as an important analysis of the legal framework that have guided the highlighted public conjunctures.

Keywords: Primary Health Care. Social Organization. Health Management. New Public Management. Precariousness of Work.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Taxa de cobertura populacional de ESF – Belo Horizonte/MG – 2002 a 2018.....	53
Gráfico 2 - Taxa de cobertura populacional de ESF – Rio de Janeiro/RJ – 2002 a 2018.....	54
Gráfico 3 - Transferência fundo a fundo (Caixa) de recursos para a Atenção Primária (valor líquido) – Belo Horizonte/MG – 2002 a 2017.....	55
Gráfico 4 - Transferência fundo a fundo (Caixa) de recursos para a Atenção Primária (valor líquido) – Rio de Janeiro/RJ – 2002 a 2017.....	56
Gráfico 5 - Enfermeiro - Vínculos de trabalho no SUS por tipo – município do Rio de Janeiro/RJ – junho de 2008.....	59
Gráfico 6 - Enfermeiro - Vínculos de trabalho no SUS por tipo – município do Rio de Janeiro/RJ – junho de 2010.....	60
Gráfico 7 - Agente Comunitário de Saúde - Vínculos de trabalho no SUS por tipo – município do Rio de Janeiro/RJ – junho de 2008.....	60
Gráfico 8 - Agente Comunitário de Saúde - Vínculos de trabalho no SUS por tipo – município do Rio de Janeiro/RJ – junho de 2010.....	61

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Vínculos de trabalho da equipe de Saúde da Família (%) – Brasil	–	2001-	39
Tabela 2 - Distribuição de despesas na saúde (parâmetros selecionados) – município do Rio de Janeiro/RJ – 2008 a 2020.....			63
Tabela 3 - Distribuição de despesas na saúde (parâmetros selecionados) – município de Belo Horizonte/MG – 2008 a 2020.....			64

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Categorização e classificação político-econômica no pensamento de Bresser-Pereira.....	29
Quadro 2 -	Modalidades de contratualização na administração pública indireta e outras formas de terceirização.....	36
Quadro 3 -	Responsabilidades municipais na gestão do trabalho pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – Pacto Pela Saúde – 2006.....	40
Quadro 4 -	Concepções de transformações na administração pública e suas características segundo o MPOG no governo Lula.....	43
Quadro 5 -	Comparação entre as formas jurídico-institucionais Fundação Estatal e Organização Social/OSCIP segundo o MPOG no governo Lula.....	45
Quadro 6 -	Lista de prefeitos e secretários municipais de Saúde do município do Rio de Janeiro/RJ – 1990 a 2008.....	48

## LISTA DE ABREVISTURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APF	Administração Pública Federal
APS	Atenção Primária à Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Mundial
CAP	Coordenação de Área Programática
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
DEM	Partido Democratas
EC	Emenda Constitucional
eSF	Equipes de Saúde da Família

ESF	Estratégia Saúde da Família
FEDP	Fundação Estatal de Direito Privado
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
IDS	Índice de Desenvolvimento Social
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
LC	Lei Complementar
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
NGP	Nova Gestão Pública
NOB SUS	Norma Operacional Básica
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OSS	Organização Social de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDRAE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PFL	Partido da Frente Liberal
PIB	Produto Interno Bruto
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPA	Plano Plurianual
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SATEMRJ	Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Rio de Janeiro
SINDACS	Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro

SINDENF-RJ	Sindicato dos Enfermeiros do Rio de Janeiro
SINMED-RJ	Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>1</b>	<b>RESGATE HISTÓRICO DOS ANOS 1990 E 2000: O PROJETO NEOLIBERAL, A NOVA GESTÃO PÚBLICA E OS VÍNCULOS DE TRABALHO.....</b>	<b>22</b>
1.1	<b>Neoliberalismo, a Nova Gestão Pública e a precarização do trabalho.....</b>	<b>22</b>
1.2	<b>Bresser-Pereira e o <i>New Labour</i> inglês.....</b>	<b>26</b>
1.3	<b>Decreto-lei nº. 200/1967: raízes da terceirização na ditadura.....</b>	<b>29</b>
1.4	<b>Anos 2000: contradições políticas e perspectivas para o campo trabalhista.....</b>	<b>31</b>
<b>2</b>	<b>REFORMA DOS CUIDADOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA, ANTECEDENTES, DESENVOLVIMENTO E DESDOBRAMENTOS: O VÍNCULO DE TRABALHO NO CENTRO DO DEBATE.....</b>	<b>47</b>
2.1	<b>As gestões anteriores à Reforma dos Cuidados em Atenção Primária.....</b>	<b>47</b>
2.2	<b>Reforma dos Cuidados em Atenção Primária no governo Paes.....</b>	<b>52</b>
2.3	<b>Gestão Crivella e a quebra do contrato.....</b>	<b>67</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS.....</b>	<b>78</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>87</b>

## INTRODUÇÃO

A instituição da Atenção Primária à Saúde (APS) como política pública de saúde no Brasil tem seus marcos históricos nos primeiros anos após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A implantação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, renomeado em 1998 de Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como a regulamentação e operacionalização do financiamento da APS através das Normas Operacionais Básicas configuram os primeiros e decisivos momentos políticos que os municípios brasileiros atravessaram na década de 1990 em termos de organização da saúde.

Esse breve resgate histórico se faz importante na medida em que o SUS, recém-criado sob a diretriz da descentralização, tomava forma também sob outras influências, talvez não tão claras e decerto não grafadas na lei federal nº. 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990) Em que pese o esforço democrático presente nas linhas da Constituição, é necessário trazer para esta discussão as diversas ações, efeitos e ramificações da investida neoliberal que se intensificou no Brasil no início dos anos 1990.

Considerando que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990), localizar politicamente as diferentes concepções de Estado, especialmente a neoliberal, a ser melhor abordada adiante, e aquela presente no marco legal descrito, pode revelar um caminho para a compreensão das disputas político-ideológicas que permearam a criação do Sistema Único de Saúde. O retrospecto histórico apresentado neste estudo indica que tais disputas se mostraram determinantes no panorama da saúde pública nos anos 1990.

Este conflito ganha corpo com a tese do Estado gerencial, proposta por Bresser-Pereira no Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRAE), de 1995. Assumindo como premissa a falência do Estado burocrático-social, um modelo vigente que não somente não foi capaz de conter o patrimonialismo como levou o país à crise econômica, Bresser-Pereira propõe um modelo de Estado moderno, eficiente, tendo por base a privatização, a terceirização, a desregulação e a “publicização” (BRESSER-PEREIRA, 1997).

Esta construção, entretanto, apesar de se justificar através de uma suposta modernização do Estado, guarda suas raízes históricas em pelo menos dois momentos do passado a serem destacados neste trabalho, e que expõem seu caráter uniformizante e, em parte, autoritário. O primeiro se estabelece na ditadura militar, mais precisamente com o decreto-lei nº 200, de 1967, marco legal da terceirização da administração pública que será debatido mais adiante; o segundo diz respeito à teoria da Nova Gestão Pública (NGP), teoria da administração pública promovida na gestão liberal de Margareth Thatcher, na Inglaterra, cujos preceitos se baseiam na redução do aparelho de Estado, gestão para resultados e flexibilização dos vínculos de trabalho.

Este trabalho busca compreender a força do projeto neoliberal iniciado por Thatcher (1979-1990), e a forma como ele se adaptou e se acomodou para seguir se cumprindo, analisando governos supostamente opostos politicamente como o de Tony Blair (1997-2007), no *New Labour*. Esta análise vai fornecer elementos para compreender a dinâmica dessas ideias no Brasil, bem como sua influência na administração pública através das gestões federais e municipais estudadas neste trabalho.

A influência do modelo gerencial de Bresser-Pereira na administração pública brasileira atual é notável. No que tange aos vínculos de trabalho, objeto de atenção deste estudo, considerando que o setor saúde responde por mais de 9% do PIB brasileiro e emprega milhões de brasileiros, é possível observar um cenário de ataque frontal aos vínculos públicos, precarização e fragilização dos contratos de trabalho. Em tal cenário, o presente trabalho assume como hipótese que a reforma proposta por Bresser-Pereira e ecoada nas décadas seguintes é, em última análise, uma reforma trabalhista, cujo objetivo é redefinir o papel do Estado a partir deste ponto, redefinindo custos, as relações com o setor privado e redesenhando o painel orçamentário, abrindo caminho à chamada Nova Gestão Pública.

Ainda aferindo os efeitos da Nova Gestão Pública e do PDRAE, este trabalho propõe a análise do caso do município do Rio de Janeiro e das Organizações Sociais de Saúde (OSS), cuja atuação teve sua regulamentação aprovada em 2009, na primeira gestão do prefeito Eduardo Paes (2009-2017), e foi mantida na gestão de Marcelo Crivella (2017-2021). Juntamente com a introdução das OSS, que administrariam principalmente as unidades de atenção primária à saúde, foram feitas outras reformas administrativas e organizacionais, momento que ficou conhecido

como “Reforma dos Cuidados em Atenção Primária” (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

A presença dos elementos do gerencialismo proposto por Bresser-Pereira na teoria que vai sustentar a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária no Rio de Janeiro revela-se, assim como o PDRAE, também uma reforma de caráter trabalhista, ao propor a terceirização administrativa pelas OSS, responsáveis pela contratação dos trabalhadores e pela garantia, ou não, de seus direitos.

O presente trabalho tem interesse em compreender a natureza política e a permeabilidade institucional carioca durante os anos 1990 e 2000, localizando os pontos críticos e tomadas de decisão que configuraram o cenário atual. A década 1990 foi um momento fundamental para o desenvolvimento das teorias e políticas neoliberais no mundo e os anos 2000 foram marcados pela ascensão de governos de esquerda na América Latina. No Brasil isso vai se traduzir em diversos movimentos, muitas vezes contraditórios, de estímulo à desprecarização dos vínculos de trabalho na saúde, ao passo em que não se observará efetivamente um enfrentamento real da terceirização e da flexibilização do trabalho na administração pública do SUS por meio legal.

No Rio de Janeiro, o momento que precede a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária vai ser marcado por um cenário crítico que se segue ao movimento de descentralização e municipalização dos hospitais e unidades federais. Com os esforços da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) voltados para este empreendimento, a atenção primária não é pauta prioritária por anos, apresentando crescimento da cobertura pouco expressivo e enfrentando problemas de infraestrutura e recursos humanos. Apesar da pequena expansão, não se pode dizer que não houve esforços para que a atenção primária se desenvolvesse anteriormente a 2009, destacando-se o esforço da gestão de Sérgio Arouca e sua equipe, à frente da SMS em 2001.

Em última análise, este estudo reforça que a introdução das OSS e a flexibilização das formas de contratação de trabalhadores abriu precedentes para a entrada da lógica empresarial na saúde pública, disputando fundos do orçamento público e introduzindo formas de contrato e vínculos de trabalho cada vez mais precários e menos transparentes como a “pejotização” e “quarteirização”. A gestão de Marcelo Crivella, iniciada em 2017 na cidade do Rio de Janeiro, irá defender, a partir do argumento da produtividade e da eficiência, também presente na gestão

Eduardo Paes, três elementos de gestão que irão levar a crise do trabalho na saúde no Rio de Janeiro a um momento sem paralelo: (i) a inserção da forma de produção *Lean* do toyotismo na atenção primária à saúde (SUBPAV, 2018), introduzindo elementos empresariais na gestão do trabalho na administração pública, como a redução de custos e desperdícios, a diminuição do quadro de profissionais e a busca de maior produtividade, viabilizando interesses privados; (ii) a defesa da cobertura universal frente ao sistema universal, discussão que será melhor debatida no segundo capítulo; (iii) e a desresponsabilização absoluta e manifesta pelo trabalhador contratado pelas OSS, este último evidenciando a fragilidade que esta forma de contratação representa.

Tal cenário não se consolidou sem que houvesse uma configuração institucional favorável no Estado brasileiro. Esta configuração compreende uma série de reformas políticas orientadas à desconstrução de um Estado Social que, em 2016, culminou com a Emenda Constitucional 95 (EC 95), que estabelece um teto de gastos primários públicos por vinte anos, sendo corrigidas apenas pela inflação do ano anterior, com base no Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). A “PEC do Teto dos Gastos”, como ficou conhecida a EC 95/2016, determina reduções expressivas no financiamento público do SUS, tendo impacto direto nas contratações, remunerações e vínculos de trabalho na área da saúde (Fonseca, 2020).

Mais recentemente, outra reforma estatal que certamente vai exercer impacto determinante sobre os serviços do SUS é a Reforma Trabalhista de 2017, conduzida durante o governo do presidente Michel Temer. Aprovada através da Lei 13.467/2017, a reforma alterou diversos pontos da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/ 1943), como o fim da contribuição sindical, a legalização do acordo entre partes nos casos de demissão sem justa causa, a regulamentação das horas extras, entre outros. Como será discutido ao longo deste estudo, parte expressiva do trabalho realizado hoje no SUS tem por base os vínculos celetistas.

É interessante ressaltar que o percurso que as políticas públicas perfizeram no campo da gestão do trabalho público nos últimos trinta anos não pode ser descolado do interesse público na área da saúde. Em outras palavras, um caminho institucional foi desenhado para que houvesse maior aceitação ao cenário de precarização e desresponsabilização que a saúde enfrenta hoje. Encampado por Bresser-Pereira, o discurso inspirado em Thatcher sobre um funcionalismo público

oneroso, moroso e desinteressado pelo bem-estar público construiu subsídios para que a redução dos direitos trabalhistas na administração pública não representasse um problema, mas sim uma solução para as demandas públicas. É precisamente neste ponto que um paradoxo se ergue: por um lado, o discurso neoliberal empenha-se em construir o argumento de que o caminho da redução dos direitos trabalhistas, através de privatizações e terceirizações, é o que melhor atende o interesse público, justificando-se pelo argumento da modernização, eficiência, desburocratização e, principalmente, redução de gastos; por outro, o que se observa na realidade é que, com tais medidas, há a redução na qualidade da prestação dos serviços públicos, mais especificamente na assistência à saúde, severamente comprometida pela alta rotatividade de profissionais, profissionais exauridos, falta de insumos básicos e de medicamentos, entre outros. Essa condição revela a inconsistência da tese que busca conectar essa agenda de reformas - precisamente de desconstrução dos direitos do trabalho - com a realização do interesse público na saúde.

Este estudo considera que, tendo aferido os efeitos perversos da introdução da Nova Gestão Pública na administração pública, em especial na saúde, urge a busca por outro caminho. O modelo de administração indireta se provou inadequado em atender até mesmo os requisitos gerenciais da Nova Gestão Pública de eficiência, transparência e redução de custos. Uma mudança de direção demanda o esforço sinérgico dos três entes federados e uma possível reconfiguração de responsabilidades que possa contemplar a heterogeneidade e a dinâmica social dos municípios. Nesse caminho, a forma do vínculo do trabalho no SUS é decisiva.

Como metodologia, este trabalho realiza uma revisão de bibliografia de interesse, buscando no diálogo entre os autores construir uma base firme às hipóteses levantadas. Foram levantados, ainda, os marcos legais que permeiam os períodos analisados, no entendimento de seu papel não somente como retrato de uma conjuntura, mas também como balizador dos cenários políticos subsequentes. Adicionalmente foi realizado levantamento de dados de acesso público sobre cobertura da atenção primária, financiamento, vínculos de trabalho e orçamento da saúde dos municípios do Rio de Janeiro e Belo Horizonte. A construção da metodologia se deu de tal forma que a revisão bibliográfica e o levantamento de dados se mostraram complementares na construção do argumento.

Esta dissertação está estruturada em dois capítulos, o primeiro com quatro seções e o segundo com três seções. O primeiro capítulo é dedicado ao resgate histórico da influência neoliberal na administração pública, em especial no que diz respeito à Nova Gestão Pública. Fazendo uma análise retrospectiva, foi avaliado em que medida essa influência foi capaz de impactar a administração pública nacional, com ênfase na questão dos vínculos públicos de trabalho, no início dos anos 1990 e 2000, localizando seus ideais nos governos Fernando Henrique Cardoso (FHC) e Lula, bem como identificando os movimentos e direcionamentos políticos (convergentes e divergentes) que acompanharam esse processo. O segundo capítulo inicia com uma análise do cenário político que antecedeu a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária no Rio de Janeiro. A segunda seção é dedicada ao exame da Reforma dos Cuidados em Atenção Primária (RCAPS) que ocorreu no Rio de Janeiro em 2009, em especial o processo de introdução das OSS, problematizando a questão da precarização dos vínculos de trabalho e apontando elementos de convergência entre as propostas desta reforma e o projeto de Estado gerencial defendido por Bresser-Pereira. Na sequência destes apontamentos, o presente estudo avalia comparativamente os municípios do Rio de Janeiro e Belo Horizonte em termos de cobertura de atenção primária, financiamento federal e painel orçamentário, considerando as diferenças no que tange aos vínculos públicos de trabalho e as premissas e promessas RCAPS. Esses argumentos ganham força quando são avaliados os desdobramentos da gestão por OSS, em especial aqueles ocorridos no governo de Marcelo Crivella (2017-2021), evidenciando a fragilização dos vínculos de trabalho, violação de direitos e introdução de elementos da administração privada na administração pública. Tais fatos sustentam a hipótese deste trabalho, que consiste no entendimento de que a expansão da atenção primária no Rio de Janeiro se deu através de uma reforma trabalhista, desvelando a disputa pelo orçamento público, bem como trazendo luz à importância dos vínculos de trabalho para a consolidação da APS carioca.

## **RESGATE HISTÓRICO DOS ANOS 1990 E 2000: O PROJETO NEOLIBERAL, A NOVA GESTÃO PÚBLICA E OS VÍNCULOS DE TRABALHO**

### **1.1 Neoliberalismo, a Nova Gestão Pública e a precarização do trabalho**

As tensões e disputas que marcaram a segunda metade do século XX, e cujo impacto na organização mundial pode ser percebido até os dias atuais, trouxeram também um novo horizonte para a sociedade moderna no que tange ao papel do Estado, em especial no campo social. Com a crise deflagrada nos anos 1970, inaugura-se um momento em que os conflitos ocasionados pela crise energética global, cujos desdobramentos políticos e efeitos econômicos redefinem as relações de poder e dependência entre os países. O que se observa, juntamente com o fim da “Era de Ouro do Capitalismo” (1950-1970) (FIORI, 1997) é o surgimento e fortalecimento de lideranças liberais e do discurso crítico ao Estado de bem-estar social, outrora penetrado na concepção de administração pública.

A década de 1970 marca um momento de forte oposição à intervenção do Estado na economia e ao aparelhamento estatal no campo social. Os discursos que se fizeram ouvir nesses anos, e que ressoam há mais de três décadas, defendiam que o peso do Estado no mercado era um fator determinante para o subdesenvolvimento das economias da periferia do capitalismo e para a instabilidade econômica dos países do capitalismo central, ao mesmo passo em que o Estado social deveria ser reduzido em suas funções e responsabilidades.

Estavam aí repostos os termos de um debate que começara antes, nos anos 1960/70, sobre a crise de governabilidade dos Estados, pressionados – segundo os conservadores – por um excesso de demandas democráticas e por um Estado de bem-estar social cada vez mais extenso, pesado e oneroso; o responsável central, segundo eles, da própria crise econômica que avançou pelo mundo todo a partir de 1973/75. (FIORI, 1997, p.12)

A ascensão dos governos liberais de Margareth Thatcher, na Inglaterra, e Ronald Reagan, nos Estados Unidos, e o governo autoritário de Augusto Pinochet, no Chile, marca o fortalecimento de uma nova concepção do papel do Estado no mundo, exigindo, na visão de Bresser-Pereira, uma ampla reforma do aparelho do

Estado. Essa dissociação, entre Estado e aparelho de Estado, é extremamente cara à ideologia neoliberal que se colocava em ascensão que tinha como ponto central a ideia da administração pública gerencial, que começava a tomar forma e força políticas nesse período. Sobre tal dissociação, Bresser-Pereira afirma:

A reforma do Estado é um projeto amplo que diz respeito às várias áreas do governo e, ainda, ao conjunto da sociedade brasileira, enquanto que a reforma do aparelho do Estado tem um escopo mais restrito: está orientada para tornar a administração pública mais eficiente e mais voltada para a cidadania. (BRASIL, 1995, p.17)

Dorey (2015) reforça que um dos principais pilares de sustentação da ideologia “thatcherista” de reforma do Estado era o frontal ataque à classe trabalhadora, em especial aos servidores públicos. O autor descreve os mecanismos através dos quais o argumentode Thatcher popularizou princípios como a vilanização do servidor público, repetidamente retratado como um profissional pouco eficiente que não se preocupava em servir à população e sim aos seus próprios interesses e a baixa eficiência das instituições e serviços públicos, administrados por burocratas e monopólios sem competição, que restringiam a população à serviços de boa qualidade.

A Nova Gestão Pública, teoria da administração pública que ganha projeção nos anos de 1970 e 1980, tem origem nesse processo histórico, e nos anos 1990 vai exercer fundamental influência na tese apresentada por Bresser-Pereira durante o primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998). A estrutura da argumentação de Bresser-Pereira, que vai justificar a opção pelo gerencialismo, baseia-se na admissão de três formas possíveis de administração pública: patrimonialista, burocrática e gerencial. A linha de raciocínio da tese oferece ao leitor apenas um único caminho para o problema apresentado na primeira forma (patrimonialista), que não fora totalmente resolvido na segunda (burocrática) e que somente com a terceira (gerencial) poderá ser enfrentado. Tal fatalismo pode ser encontrado no pensamento autoritário de Margareth Thatcher nos anos 1970, eternizado no slogan TINA, “*There Is No Alternative*”, ou seja, não há alternativa às leis do mercado e às determinações do capitalismo global, como aponta Schons (2020).

Neste ponto, cabe ressaltar que a influência internacional sobre a qual as reformas administrativas do Estado brasileiro se deram nos anos 1990 se estende para muito além dos governos de Margareth Thatcher e Ronald Reagan. De forma

objetiva, o Estado gerencial, modelo de administração pública que parecia responder à crise dos países do capitalismo central, foi disseminado para os demais países por agências multilaterais como Banco Mundial (Bird) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).

A este respeito, Rizzotto (2000) discute o Relatório Anual do Bird de 1997, apontando que este documento traz em suas páginas a natureza da influência dessa entidade na exportação da Nova Gestão Pública e no incentivo à sua implantação nos países em desenvolvimento. Sobre tal influência e seus mecanismos a autora afirma:

A contribuição dos Organismos Internacionais na sustentação das reformas, segundo o Banco, poderia se dar de quatro maneiras: por meio de assistência técnica, através do cabedal de experiências de seus especialistas, adquiridas em diversos países, fornecendo assistência financeira, e por meio de mecanismos onde os governos assumissem compromissos internacionais, tornando mais difícil retroceder no processo reformador (Bird, 1997, p.16). Um dado sobre a “contribuição” na sustentação das reformas, foi o empréstimo no valor de US\$ 414 milhões do BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento, para que o Brasil executasse o “Programa de Modernização do Poder Executivo Federal”. (p. 194)

Ainda sobre a influência destas agências, a incluir o Fundo Monetário Internacional (FMI), quando se observa a política de saúde através das décadas de 1990 e 2000, é possível identificá-la nas principais estratégias de gestão, que vão responder diretamente aos preceitos da Nova Gestão Pública. Andreazzi (2014) esclarece que medidas práticas tais como “flexibilização de procedimentos, separação entre formulação e implementação e a introdução de elementos de mercado na administração pública” passaram a fazer parte da realidade do âmbito da administração estatal. Segundo a autora, esse modelo propunha, ainda, “novas formas de provisão de serviços baseadas na criação de entidades não estatais, na descentralização e na privatização de funções públicas.” (ANDREAZZI, 2014, p.2-3).

Em termos práticos, essas agências financeiras irão patrocinar, principalmente a partir dos anos 1990, reformas institucionais na América Latina com o objetivo de reduzir o tamanho do Estado e dos gastos públicos, e de transformar a estrutura democrática do seu aparato legal. No Chile, precursor deste movimento, sob o governo ditatorial de Augusto Pinochet, as reformas foram promovidas de forma rápida e violenta. Na Colômbia, um outro ponto defendido pelo Bird irá se materializar: o ataque ao sistema de saúde universal. O país irá “vender” seus serviços públicos de saúde, divididos em pacotes e procedimentos para prestadores

privados, que irão, por sua vez, disputar mercado. No Brasil, o SUS vai ser alvo de constantes críticas do Banco Mundial em suas recomendações periódicas, focando sempre em gestão de recursos, governança e micropolítica (RIZZOTTO, 2016).

A análise da teoria por trás do Plano Bresser evidencia os fundamentos teóricos do neoliberalismo presente na Nova Gestão Pública, apontando para a mesma direção e sob as mesmas justificativas primordiais: eficiência, modernização e flexibilização como forma de refundar o vínculo do Estado com as políticas sociais. Rastrear esses três pilares do discurso neoliberal e contextualizá-los revela o caráter reprodutivo e adaptável das ideias e concepções neoliberais sobre o papel do Estado, sua organização e distribuição orçamentária. Do ponto de vista do vínculo público de trabalho, o Plano traz abertamente para o centro do debate o discurso da flexibilização desses vínculos, o fim da estabilidade do servidor público, e a instituição de novas ferramentas de avaliação de performance e produtividade (BRASIL, 1995).

Essa caracterização pode ser localizada na tese de Bresser-Pereira, na proposta da flexibilização da estabilidade dos vínculos públicos e do regime jurídico de trabalho. Segundo o autor, “a legislação que regula as relações de trabalho no setor público é inadequada, notadamente pelo seu caráter protecionista e inibidor do espírito empreendedor.” (BRASIL, 1995 p.35) Esta afirmação traz em seu cerne o espírito gerencialista que Bresser-Pereira buscava imprimir no campo dos recursos humanos, afirmando ainda que a extensão do regime estatutário para todos os servidores civis produziria dois efeitos indesejáveis: aumentos nos custos na máquina administrativa e ineficiência entre os trabalhadores.

Ainda no campo das reformas, o trabalho de Bresser-Pereira propõe alterações importantes na administração de serviços públicos. Sob o nome de “publicização”, o PDRAE institui e delimita o papel do aparelho do Estado na prestação de serviços em áreas como educação e saúde, destinando sua administração a empresas de capital privado, aqui denominadas de Organizações Sociais (OS). Estas estariam qualificadas, após processo seletivo, para receber recursos públicos, ficando o Estado responsável pela regulação e fiscalização destes serviços.

Em vista do exposto, a hipótese deste trabalho consiste precisamente na compreensão de que a introdução das Organizações Sociais de Saúde (OSS) representa, para além de uma reforma administrativa de processos de gestão da

assistência, uma reforma trabalhista caracterizada pela quebra da estrutura do trabalho no Estado. Tendo em vista a análise realizada neste estudo, alguns enunciados do PDRAE deixam claro que a reforma proposta é, de fato, um pacote de reorganizações no campo trabalhista que imprimem uma necessidade de desvincular o trabalhador do Estado e desonerar este último dos direitos trabalhistas. Por meio desse processo, ao contrário de promover uma economia de gastos com a contratação precarizada de trabalhadores junto ao setor privado contratado, como as OS e OSCIPs, o que se tem é a profusão de novas parcerias público-privadas, fomentando uma diversidade caótica e onerosa de formas de contratualização que passam a ter acesso ao orçamento público. Como aponta Fagnani (2019), não obstante essas medidas busquem legitimidade no argumento da flexibilidade, eficiência e produtividade em detrimento da indesejada burocracia administrativa, o aspecto substantivo que se extrai desse modelo consiste em uma massiva transferência de recursos públicos para o âmbito privado, corporativo e mercantil. Como se busca discutir neste trabalho, esse seria o verdadeiro sentido neoliberal que orientou a política pública de reforma do Estado brasileiro pensada por Bresser-Pereira, cujos desdobramentos encontraram terreno fértil no Rio de Janeiro, contrariando o que foi afirmado em 1988 na Constituição Cidadã. Para a compreensão desse processo entende-se que é fundamental identificar a subversão do vínculo de trabalho na administração pública.

## **1.2 Bresser-Pereira e o *New Labour* inglês**

Embora historicamente plausível, a referência ao “thatcherismo” como ponto de partida para as ideias da Nova Gestão Pública fornece elementos que por si só não permitem explicar a permeabilidade e a adaptabilidade social dos elementos do gerencialismo à realidade brasileira. Tendo se desenvolvido no contexto de uma Europa em disputa, pode-se dizer que a difusão dos fundamentos antiestado democrático, presentes no neoliberalismo na Inglaterra, conheceu dois momentos: (i) inicialmente, nos anos 1970, colocou-se como um processo de confronto radical com a estrutura do Estado de bem-estar social (HALL, 2011); (ii) nos anos 1990, por sua vez, o neoliberalismo procura viabilizar-se por movimentos de pactuação. O

gerencialismo parece ter sofrido algumas transformações para se adequar ao que Anthony Giddens chamaria de Terceira Via - a teoria da sociologia política que vai exercer influência no governo de Tony Blair, na Inglaterra, em 1997. (HALL, 2011).

As características do projeto neoliberal inglês que este trabalho pretende compreender e conectar àquelas fundadoras da tese de Bresser-Pereira podem ser melhor examinadas quando se debruça sobre as reformas e transformações neoliberais do final do século XX no país. Stuart Hall (2011) propõe que o projeto neoliberal inglês se orienta diretamente contra o Estado de bem-estar social, sendo o primeiro momento de interesse nos anos 1970. O autor vai além e constrói o argumento de que os padrões de intervenção estatais desenvolvidos no governo de Margaret Thatcher vão determinar um novo paradigma para o neoliberalismo naquele país. Fatores como a crise dos anos 1970, o medo do comunismo e o discurso forte do individualismo absoluto, vão exercer importante papel na continuidade do projeto neoliberal através dos diferentes governos, inclusive de partidos adversários. Sobre esse projeto neoliberal, Stuart Hall (2011) postula:

My argument is that the present situation is a crisis, another unresolved rupture of that conjuncture which we can define as 'the long march of the Neoliberal Revolution'. Each crisis since the 1970s has looked different, arising from specific historical circumstances. However, they also seem to share some consistent underlying features, to be connected in their general thrust and direction of travel. Paradoxically, opposed political regimes have all contributed in different ways to expanding this project.

Outro ponto do texto de Hall (2011) que vai contribuir na compreensão do percurso das ideias neoliberais e da Nova Gestão Pública é a dimensão autoritária que acompanhou a Revolução Neoliberal, como coloca o autor, desde seus primórdios no século XIX. Para ilustrar a contradição expressa pelo ideal do "homem livre" do liberalismo clássico, o autor cita a prática da escravidão, a exploração do colonialismo, a discriminação da mulher, entre outros. Isso permite perceber que a liberdade defendida pelos teóricos deste regime não era para todos e que definir quem teria acesso a esta, seria papel do Estado. O autoritarismo vai ser importante também para o governo de Margaret Thatcher (1979-1990), uma vez que o período de reformas do neoliberalismo em direção a um mercado menos regulado, o estímulo à liberdade individual e ao empreendedorismo baseou-se em forte repressão a sindicatos. Conforme exposto anteriormente, os ingleses foram conduzidos em um processo antidemocrático de gestão em que só havia uma forma de contornar a crise que assolou o mundo capitalista nos anos 1970. Tal fatalismo

pode ser localizado de forma semelhante no discurso de Bresser-Pereira, ao concluir que só havia uma solução ao patrimonialismo e ao excesso de burocracia: o Estado gerencial.

O *New Labour* ou Novo Trabalhismo de Tony Blair não vai escapar dessa constante base autoritária do neoliberalismo. Como salienta Hall (2003, 2011), a liberdade seletiva e o autoritarismo também são elementos que permearam o governo de Blair. Como exemplos, o autor cita o enrijecimento das leis contra imigrantes sem visto, pioras no sistema prisional com ameaça aos direitos humanos, além da aproximação e das alianças político-econômicas com os Estados Unidos, em especial a participação na invasão ao Iraque, em 2003.

Ainda sobre o autoritarismo e o fatalismo histórico que podem ser localizados nos três governos (Thatcher, Blair e FHC), mesmo que em diferentes medidas e apresentações, é curioso notar que eles guardam pelo menos mais um elemento em comum: a ameaça de um grande inimigo. Thatcher apontava a crise e o comunismo; Blair indicava o medo do terrorismo e a ameaça da criminalidade/ilegalidade; enquanto FHC confiava a Bresser-Pereira a missão de enfrentar o fantasma do Estado patrimonialista e os burocratas públicos. O discurso público de demonização desses inimigos comuns vai exercer papel fundamental na reafirmação de seus projetos de poder.

Embora seja possível localizar nas falas e escritos de Bresser-Pereira pontos de divergência entre o que fora proposto pelo *New Labour*, em especial no que tange à relação com coletivos organizados de trabalhadores, a existência desta influência é clara. Sobre o *New Labour*, Bresser-Pereira, em uma carta-resposta enviada ao *The Economist* em 1998, concluiu:

Isto não é nova direita thatcherista, nem velha esquerda populista. Este é um governo que acredita no mercado antes do que no Estado, mas não é dogmaticamente pró-mercado como a Sra. Thatcher. O que nós estamos vendo na Grã-Bretanha é a esquerda moderna. Como Anthony Giddens observou (no mesmo número do *The Economist*), trata-se de social-liberalismo orientado para o mercado, que vai além do neoliberalismo da nova direita e da social-democracia da velha esquerda. (BRESSER-PEREIRA, 1998, p. 3).

Sobre os pontos de convergência relevantes para este debate, destaca-se que, tanto para Bresser-Pereira quanto para essa nova centro-esquerda inglesa (qualificada por Bresser-Pereira como o *New Labour*), a reforma de Estado deveria ser orientada pelo gerencialismo. O Estado deve, então, assumir um papel

complementar, delegando a execução de serviços sociais ao terceiro setor. Tomando como estrutura analítica o protagonismo de três ideologias político-partidárias principais – a velha centro-esquerda, a nova centro-esquerda e a nova centro-direita – e se propondo a avaliá-las através dos mesmos critérios, Bresser-Pereira (1998) apresenta a seguinte organização:

Quadro 1 - Categorização e classificação político-econômica no pensamento de Bresser-Pereira

<b>Critérios</b>	<b>Velha centro-esquerda</b>	<b>Nova centro-esquerda</b>	<b>Nova centro-direita</b>
Controle de Classe	Burocratas	Burocratas/ Capitalistas	Capitalistas
Papel do Estado	Principal	Complementar	Secundário
Reforma do Estado	Manter burocrático	Tornar gerencial	Reduzir
Execução Serviços Sociais	Burocracia	Terceiro Setor	Privada
Previdência Social	Estatal	Estatal/ Privada	Privada
Política Econômica	Populista	Keynesiana	Neoclássica
Globalização	Ameaça	Desafio	Oportunidade

Fonte: BRESSER-PEREIRA, 1998.

A localização da Nova Gestão Pública no *New Labour* britânico vai fornecer os elementos necessários a esta investigação para compreender a visão de Estado que o gerencialismo propunha, e cujos desdobramentos vão tomar forma e força políticas nos anos 1990 e 2000, ganhando projeção com os marcos legais que vão amparar a complementaridade do Estado e a legalização do terceiro setor como provedor de serviços sociais e administrador público.

### **1.3 Decreto-lei nº. 200/1967: raízes da terceirização na ditadura**

A Nova Gestão Pública vai exercer a função de distanciamento entre Estado e sociedade, esvaziando de sentidos os conceitos de interesse público e democracia ao conduzir uma reforma de Estado, que, como visto, foi calcada em um pensamento histórico fatalista que propunha uma única solução para combater um “inimigo comum”. Para Dasso Junior (2014), um dos principais fatores que viabiliza esse esvaziamento é o borramento entre os limites da administração pública e os interesses corporativos empresariais da iniciativa privada, posto que os princípios estruturantes da primeira guardam pouca ou nenhuma semelhança com os da segunda. Nesse sentido, para que seja possível compreender o papel do Estado nesses governos, sobretudo no tocante aos vínculos públicos de trabalho, o autor destaca alguns dos conceitos que são definidores da Nova Gestão Pública, e logicamente dos modelos de gestão neoliberais:

[...] a) a “lógica do privado” deve ser a referência a ser seguida; b) o mercado é quem deve formular políticas públicas; c) os serviços públicos devem abandonar as fórmulas burocráticas para assumir a modalidade da concorrência empresarial; d) o cidadão deve converter-se em cliente; e) a gestão deve ser apartada da política. (DASSO JÚNIOR., 2014, p.15).

Para o autor, ao serem incorporados elementos da administração privada na administração do Estado, ocorre a corrupção do interesse público. Uma vez que o interesse privado passa a prevalecer nas decisões, o conceito de cidadania é sobreposto pelo conceito de clientela, no qual o interesse particular passa a se sobrepor ao da coletividade.

Mendes e Teixeira (2000) trazem uma perspectiva sobre as razões que justificaram a adoção do gerencialismo como um eixo estruturante do neoliberalismo. Dentre elas, os autores apontam uma suposta incompatibilidade entre a administração pública clássica e a sociedade pós-industrializada, marcada pela reestruturação do sistema capitalista, o colapso do modelo keynesiano e a ruptura dos contratos sociais previamente estabelecidos. A partir dessa leitura, é possível compreender que a nova relação entre Estado e mercado referenciada por parcerias e hibridismos públicos e privados será viabilizada pelas reformas do trabalho propostas pela Nova Gestão Pública.

Embora emblematicamente retratada no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL,1995), a abertura para vínculos de trabalho públicos indiretos se situa historicamente nos anos da ditadura militar. Pinho (2016, p. 4-5),

sintetiza a visão de Estado e o projeto de governo militar, localizando-a exatamente no espectro gerencialista descrito por Bresser-Pereira:

Ao pretender "contornar a rigidez das estruturas da administração direta" e "introduzir o espírito gerencial privado na administração do setor paraestatal" os governos militares incentivaram a criação de mais empresas fora da administração direta que acabaram fugindo ao controle do governo.

Como consta no decreto-lei nº 200 de 1967, somente através da administração indireta poder-se-ia enfrentar os vícios patrimonialistas e clientelistas que assolavam o país. É através desse decreto que a administração pública passa a admitir entidades da administração indireta tais como empresas públicas, sociedades de economia mista e autarquias. Orientado pelos princípios da descentralização e da delegação de competências, entre outros, o decreto descreve e determina os papéis de cada um desses recém instituídos entes representativos da administração pública federal. Sobre este marco legal, Bresser-Pereira afirma:

A reforma operada em 1967 pelo decreto-lei 200, entretanto, constitui um marco na tentativa de superação da rigidez burocrática, podendo ser considerada como um primeiro momento da administração gerencial no Brasil. [...] Instituíram-se como princípios de racionalidade administrativa o planejamento e o orçamento, o descongestionamento das chefias executivas superiores (desconcentração/descentralização), a tentativa de reunir competência e informação no processo decisório, a sistematização, a coordenação e o controle. (BRASIL, 1995, p.19)

Estabelecidos os fundamentos, raízes e referências históricas que apoiaram a tese de Bresser-Pereira anunciados neste trabalho, está posto o cenário que foi – e segue sendo – palco de disputas políticas e ideológicas no século XXI. A proposta de Bresser-Pereira e suas implicações afetaram profundamente a administração pública brasileira. Essa recuperação das raízes históricas da Nova Gestão Pública e sua localização nos fundamentos do neoliberalismo torna-se fundamental para a compreensão de sua penetração no Brasil e posterior transformação das relações de trabalho no Estado nacional. Esse legado tem um impacto direto no município do Rio de Janeiro, particularmente na organização da atenção primária do sistema público de saúde.

#### **1.4 Anos 2000: Contradições políticas e perspectivas para o campo trabalhista**

Conforme anunciado no Plano Bresser, a investida contra a estabilidade dos servidores públicos se tornou uma das prioridades da reforma administrativa que se propunha. Como desdobramento, em 4 de junho de 1998 foi aprovada a Emenda Constitucional (EC) nº. 19, após três anos de alterações em seu texto feitas a partir da PEC nº 173/1995. A EC nº. 19/1998 trazia, dentre outras alterações no texto constitucional, o fim da obrigatoriedade do regime jurídico único ao servidor estatutário junto ao Estado e a flexibilização da estabilidade, com novas regras para demissão por insuficiência de desempenho e excesso de quadros.

A Emenda Constitucional nº. 19/1998 determinou, ainda, novas regras a serem praticadas pelos entes federados quanto às despesas com pessoal. Anunciando tetos orçamentários que seriam estabelecidos em lei complementar, a EC nº. 19/1998 descreve as medidas a serem tomadas para prevenir o extrapolamento desses limites, tais como a redução em 20% dos gastos com cargos comissionados e funções em confiança, exoneração dos servidores não estáveis e, quando necessário, exoneração dos servidores estáveis.

A Lei Complementar (LC) que derivou desse processo veio a ser batizada de Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº. 101, 04/05/2000) e determinou um percentual máximo que cada ente federado poderia gastar com pessoal. Ao município foi estabelecido o teto máximo de 60% da receita com a folha de pagamentos. Estariam excluídos deste cálculo os gastos com pessoal contratualizados através de terceiros, como organizações sem fins lucrativos, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e Organizações Sociais (OS). Além de adicionar uma rigidez explícita ao orçamento público na área social, a LC nº. 101/2000 trouxe consigo uma renovação do esforço uniformizante já visto nas investidas anteriores do Estado neoliberal gerencial. Santolin (2009) esclarece que, ao desconsiderar as diversas diferenças entre os municípios, a LC nº. 101/2000 produziu efeitos de natureza diversa, limitando os gastos dos municípios pequenos, em especial aqueles onde a administração pública era a principal empregadora local; estimulando o aumento da folha em municípios cujo percentual ainda não se aproximava do teto; e por fim, operando com justificativa para a opção pela terceirização administrativa e pelos vínculos indiretos em outros municípios onde não havia essa demanda.

As análises consultadas revelam que, embora a LC nº. 101/2000 não disponha sobre como deve ser realizada a alocação do recurso advindo da receita

municipal, a imposição de tetos e razões de despesas provocaram importantes mudanças na política orçamentária de alguns municípios. Santolin (2009) revela que, após a implantação da LC n.º. 101/2000, muitos municípios apresentaram alterações no comportamento de suas despesas, em especial naquelas de caráter menos rígido, tais como infraestrutura e investimento. O autor afirma que, apesar da rigidez encontrada na rubrica “gasto com pessoal”, a aferição dos efeitos da LC n.º. 101/2000 nesse componente orçamentário pode revelar as características macropolíticas e socioeconômicas da LC. O desenho orçamentário que se configura a partir da implementação desta lei no painel dos municípios parece revelar informações importantes sobre o direcionamento político e o modelo de gestão adotados.

No bojo da discussão sobre orçamento público, os anos 2000 viram a aprovação da Emenda Constitucional n.º. 29. A EC n.º. 29/2000 estabeleceu aos estados e municípios, um percentual mínimo de participação no financiamento da saúde, vinculado à receita tributária, de 12% e 15%, respectivamente. À União, foi estabelecido que o investimento estaria atrelado ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), sendo este o valor aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB.

Piola (2016) esclarece que, em que pese o incremento e a estabilidade financeira que a EC n.º. 29/2000 proporcionou, no que tange à redução das desigualdades regionais os resultados não foram tão expressivos. Segundo o autor, essa redução só seria possível com maior investimento da União nas regiões mais pobres, o que não ocorreu, tendo, inclusive, o Norte e Nordeste do país uma redução percentual na participação da União no orçamento da saúde.

Este trabalho quer debater se essas transformações macroeconômicas tiveram impacto direto na estrutura de vínculos de trabalho público. Em 2002, um documento produzido pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS), intitulado “Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde - um pacto tripartite” (BRASIL, 2002), foi encaminhado às prefeituras sob a justificativa de subsidiar os municípios na adoção pela forma mais adequada de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O documento, que tem como amparo legal a Lei n.º. 9.790, de 23 de março de 1999, popularmente conhecida como Lei do Terceiro Setor e que estabelece as normas para a qualificação e contratualização das OSCIPs, descreve as atividades desempenhadas pelos ACS, justificando a

opção pela contratação via OSCIPs. À época, segundo o Ministério da Saúde, a contratação dos ACS via cargo público efetivo seria “desastroso para o programa”, uma vez que a estabilidade do vínculo trabalhista daqueles profissionais que viessem a “perder os requisitos de liderança e solidariedade ou que se mudassem da comunidade” não era admissível, sendo necessária uma configuração que permitisse o desligamento facilitado de tais trabalhadores. (BRASIL, 2002 p.11).

Na referida lei, o contrato a ser firmado entre a administração pública e as OSCIPs dispensa licitação e recebe o nome de “termo de parceria”. Esse termo de parceria, entendido como um acordo bilateral, em que dois entes atuariam juntos para o mesmo objetivo. A diferença entre esse modelo e uma simples terceirização de mão de obra é o ensejo de um projeto conjunto, um plano de metas e acompanhamento, e, principalmente, por alienar completamente o trabalhador da “contratante” – que seria o município. Claramente, o que se colocava, ao transferir a responsabilidade e os recursos à iniciativa privada então contratada, consistia na fragilização dos vínculos de trabalho e no comprometimento da qualidade do serviço público a ser prestado.

O que se observa, portanto, é a possibilidade do termo de parceria, sempre com a cautela de se evitar que o ACS fique subordinado à estrutura administrativa oficial, pois ele representa a entidade parceira que, esta sim, prestará regularmente contas quanto ao andamento dos trabalhos. Não poderá haver subordinação entre o ACS e a Prefeitura, sob pena de se caracterizar a terceirização, não admitida pelo Ministério Público. (BRASIL, 2002).

Por fim, cabe ressaltar que tanto o documento de Bresser-Pereira, quanto a Lei do Terceiro Setor e o documento sobre a contratação dos Agentes Comunitários lançado pelo MS, foram produzidos durante as duas gestões neoliberais de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003). O presente estudo destaca que o gerencialismo defendido por Bresser-Pereira também está presente no documento ministerial promulgado em 2002, no centro da sua argumentação:

Até a vigência dessa lei (sobre a Lei do Terceiro Setor), as entidades da sociedade civil, também denominadas de Organizações Não Governamentais (ONGs), tinham regramento legislativo mais tênue, sem uma precisão específica em relação a sua eventual interação com o Poder Público. [...]Nessas situações, seria razoável estabelecer-se um marco legal diferente, de forma a estimular essas iniciativas e tornar mais **gerencial e produtivo** o relacionamento delas com o Poder Público: daí o surgimento do modelo das OSCIPs. (BRASIL, 2002).

Para fins de organização e categorização, bem como para auxiliar o entendimento dos parágrafos que se seguem, que a administração indireta

compreende as seguintes modalidades de contratualização (CONASS, 2015), destaca-se:

Quadro 2 - Modalidades de contratualização na administração pública indireta e outras formas de terceirização

<b>Modalidade</b>	<b>Características</b>
Autarquia	Autônomo, com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios. Podem desempenhar atividades típicas de Estado descentralizadas pela administração direta. Não possuem fim lucrativo. Observa Lei de Responsabilidade Fiscal.
Fundação Pública	Criada em virtude da lei para exercer atividades não privativas do Estado na área social. Está submetida à supervisão da administração pública sob os aspectos da legalidade e eficiência. Aplica-se o regime jurídico de direito privado. Observa Lei de Responsabilidade Fiscal.
Consórcio Público	Entidade pública sem fins lucrativos instituída por dois ou mais entes federados para a consecução de competências públicas por eles descentralizadas por lei. Podem exercer competências privativas e não privativas do Estado. Celebra-se um contrato de rateio que determina os compromissos quanto ao fornecimento de recursos ao consórcio. Observa a Lei de Responsabilidade Fiscal.
Empresa Estatal	Pessoa jurídica de direito privado, de fins econômicos, controlada direta ou indiretamente por ente federado que executa serviços públicos ou explora atividade econômica envolvida com a produção de bens ou serviços no âmbito público. Pode ser constituída como empresa pública ou sociedade de economia mista. Suas atividades são regidas por estatuto social. Não observa Lei de Responsabilidade Fiscal.
Serviço Social Autônomo	Entidade privada de serviço social e de formação profissional vinculada ao sistema sindical. Compõe o tradicional sistema "S". Não se aplicam as normas constitucionais da administração pública, sendo regido pelo direito privado, inclusive no que refere aos contratos de pessoal. Não observa a Lei de Responsabilidade Fiscal.
Organização Social	Associação ou fundação privada, regida por Código Civil, institui relação de parceria com administração pública de longo prazo, para realização de atividades de interesse público. O contrato de gestão é o ajuste celebrado entre o Poder Público e a OS. Sobre o contrato se estabelecem metas de desempenho. Não observa a Lei de Responsabilidade Fiscal.
Organização da Sociedade Civil de Interesse Público	Personalidade jurídica de direito privado, não observa normas do direito público, celebra Contrato de Gestão/ Termo de Parceria (ao qual está submetido o controle interno e externo). Não observa a Lei de Responsabilidade Fiscal.
Fundação de Apoio	Fundação civil, criada por particulares, observando o Código Civil, amparada na Lei 8958 de 1994 (autoriza Instituições Federais de Ensino Superior a contratarem Fundações de Apoio com dispensa de licitação, por prazo determinado). Objetiva dar suporte a projetos de pesquisa, ensino e extensão, bem como desenvolvimento institucional. Não observa a Lei de Responsabilidade Fiscal.
Parceria Público-Privada	Múltiplos vínculos negociais de trato continuado estabelecidos entre a Administração Pública e particulares para a o desenvolvimento de atividades de algum interesse público. Contratações frequentemente se justificam pela busca de maior eficiência para o serviço público. Não observa a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Fonte: Elaboração própria, 2022, com base CONASS, 2015 e BRASIL, 2007.

Em 2003, já na gestão de Luiz Inácio Lula da Silva, o MS criou o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. No mesmo ano, o Seminário Nacional sobre a Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS, que marca a criação do Comitê e contou com a presença de representantes dos trabalhadores, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), entre outros, traz em seu relatório os problemas do trabalho na administração pública, justificando a iniciativa do governo federal, destacada como linha prioritária desde a disputa eleitoral.

Buscando resgatar as conquistas de direitos afirmadas na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), o relatório do Seminário traz argumentações de que as mudanças provocadas pela reforma do aparelho de Estado proposta pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) no governo Fernando Henrique Cardoso, capitaneado por Bresser-Pereira, haviam representado um grande retrocesso em termos de perda de direitos trabalhistas via flexibilização e precarização das relações de trabalho (BRASIL, 2003). Segundo consta no relatório, o franco ataque aos vínculos públicos e o entendimento de que estes deveriam ser restritos apenas às funções do “núcleo estratégico” do Estado, levou à precarização de aproximadamente 40% dos trabalhadores inseridos no setor saúde, que não se enquadravam no “núcleo estratégico” delineado na gestão anterior (BRASIL, 2003 p.9).

Dentre as atribuições do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, ficaram pactuadas as seguintes diretrizes, dentre outras:

- dimensionar e estimular a realização de concurso público nas três esferas de governo, em cumprimento aos princípios constitucionais, bem como ao preconizado nas resoluções das últimas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos;
- [realizar] levantamento da situação do PSF/PACS, quanto às formas de inserção e vínculos existentes;
- avaliar os impactos financeiros das medidas propostas e as repercussões na Lei de Responsabilidade Fiscal;
- propor mecanismos de financiamento pelo governo federal que estimule as formas legais e desprecarizadas de relação de trabalho no SUS, com especial ênfase na organização das equipes de saúde da família. (BRASIL, 2003.)

Em 2006, já sob o nome de Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, o DesprecarizaSUS, foi lançado um documento pelo Ministério da Saúde de Perguntas e Respostas sobre o Programa. Um ponto importante explorado no texto, e que vai de encontro ao documento apresentado pelo MS em 2002 sobre a modalidade de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde, dispõe sobre a precarização do trabalho desta categoria. Este posicionamento pode ser compreendido a partir do gráfico abaixo, extraído do referido documento do DesprecarizaSUS, onde se percebe que a vinculação trabalhista nas Equipes de Saúde da Família (eSF) – nas categorias exibidas – apresentava duas principais características: pulverização entre tipos diferentes de vínculos e um alto percentual de vínculos temporários. Em outra análise do mesmo documento, para a categoria de ACS nos anos 2001-2002, os resultados não diferem, e a maioria absoluta dos vínculos é temporário, seguido de celetista e recibo de pagamento a autônomo (RPA). Isto ilustra não somente o ponto defendido pelo MS do governo Lula, mas também desenha o cenário crítico desenvolvido nas gestões neoliberais dos anos 1990, politicamente posicionado nos ideais da Nova Gestão Pública.

Ainda segundo o Ministério da Saúde, apenas dois tipos de vínculos garantiriam proteção social aos trabalhadores, o **estatutário** e o **celetista**. A tabela a seguir traz um panorama dos vínculos de trabalho nas eSF, demonstrando que a maior parte dos trabalhadores estavam vinculados de forma precária e instável.

Tabela 1: Vínculos de trabalho da equipe de Saúde da Família (%) – Brasil – 2001-2002

Vínculos de trabalho	Profissionais		
	Médicos N=12.259	Enfermeiros N=12.492	Aux. Enfermagem N=12.969
Estatutário	12,2	15,2	32,1
Celetista	13,2	13,4	13,8
Temporário	34,3	33,6	27,0
Comissionado	4,2	4,5	2,3
Bolsista	0,2	0,2	0,2
Prestador	15,5	14,0	9,3
Cooperado	3,7	3,8	2,9
Informal	10,5	9,8	8,0
Verbal	1,9	1,7	1,1
Outro	4,3	3,9	3,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Fonte: BRASIL, 2006.

O ano de 2006 foi também marcado pela aprovação do Pacto pela Saúde, conjunto de reformas no SUS pactuadas entre as três esferas de governo, União, estados e municípios, objetivando promover “inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006 p.7). O Pacto pela Saúde celebrar-se-ia através da adesão dos entes federados ao Termo de Compromisso de Gestão, que veio a substituir processos de habilitação anteriores e estabelecer metas e compromissos, renovado anualmente de acordo com as prioridades estabelecidas a cada período.

O Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) foi operacionalmente dividido em três frentes de planejamento e ação: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Gestão. Suas diretrizes, aprovadas em reunião da Comissão Intergestores Tripartite em 26 de janeiro de 2006, definiram responsabilidades para as três esferas de governo no que diz respeito à gestão do trabalho que dialogam diretamente com o que vinha sendo debatido no DesprecarizaSUS e na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Dentre as responsabilidades atribuídas, foram destacadas as da esfera municipal:

Quadro 3 - Responsabilidades municipais na gestão do trabalho pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – Pacto Pela Saúde – 2006

a. Promover e desenvolver políticas de Gestão do Trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
b. Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;
f. Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores da saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

Fonte: BRASIL, 2006.

Observa-se que, enquanto para Bresser-Pereira a Constituição de 1988 mantinha os vícios tradicionais do enrijecimento burocrático nos serviços públicos, o que levava o autor a resgatar premissas e referenciais da administração pública iniciadas no Decreto Lei 200, de 1967, a gestão Lula buscou, inicialmente, refazer e reforçar o caminho democrático que culminou na derrota do regime ditatorial.

Entretanto, é importante ressaltar que embora esteja claro o esforço empreendido pela desprecarização dos vínculos públicos de trabalho na saúde, principalmente na primeira gestão Lula (2003-2006), não é possível presumir que esta gestão esteve integralmente comprometida com esta pauta. Do ponto de vista legal, a gestão Lula não conteve, efetivamente, os avanços do terceiro setor na administração pública, tampouco se ocupou de aferir ou reverter os efeitos perversos da Lei de Responsabilidade Fiscal. Este estudo entende que as parcerias público-privadas, legalizadas em papel na gestão anterior, alçaram, com o governo Lula, maior penetração social, ganhando enraizamento em diversos setores da administração pública. Referindo-se a esse contexto, Andreazzi (2014) aponta que:

Houve [...] uma continuidade nas diretrizes da contrarreforma do Estado de Bresser-Pereira, de 1995, reeditadas em variadas formas nas políticas de privatização da gestão de unidades públicas de saúde (Graneman, 2007). No campo das políticas sociais, inclusive a saúde, destaca-se a ênfase em programas focais como o Bolsa Família (Marques e Mendes, 2005), além de outros como os programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Bravo (2004, 2006) identifica contradições no governo Lula, mas com ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de seguridade social. (ANDREAZZI, 2014).

Outro ponto importante a ser destacado na gestão Lula é que a influência de agências financeiras multilaterais como o Banco Mundial e o FMI vai se fazer presente nas decisões políticas nesse período. Analisando um relatório do Banco Mundial de 2013 denominado “20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde”, Rizzotto (2016, p. 7-8) localiza, no seio da argumentação, elementos que, sob a bandeira da governança, vão justificar a opção pela administração indireta, buscando melhor alocação de recursos e uma gestão para resultados. Sobre estes aspectos a autora destaca:

A introdução no espaço público da administração gerencial, própria da empresa capitalista, efetivada por meio de contratos de gestão, autonomia administrativa e financeira, baseada no cumprimento de metas pré-definidas e na recompensa por resultados alcançados, não se constitui em novidade nas prescrições do Banco. Essa noção foi largamente difundida e imposta nas reformas dos Estados periféricos no bojo dos contratos de ajuste estrutural, a exemplo da reforma do aparelho do Estado levada a cabo durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, na década de 1990.

O documento vai além e traz os exemplos de São Paulo, pioneiro na contratação de organizações sem fins lucrativos para a gestão de unidades de saúde e do Rio de Janeiro, que seguia caminho semelhante na atenção primária a saúde (RIZZOTTO, 2016). No governo federal, essas ideias vão se tornar presentes na criação do Programa Mais Saúde, durante a segunda gestão Lula (2007-2011). O Programa vai identificar oito principais problemas ou obstáculos para o processo concreto de consolidação do SUS, dentre eles a precarização do trabalho e a qualificação de recursos humanos (BRASIL, 2008). Para os problemas levantados, são propostas sete estratégias de ação. Especificamente para a questão trabalhista (sexta estratégia), o que se propõe revela que o gerencialismo defendido por Fernando Henrique Cardoso e recomendado pelo Banco Mundial, continua presente nesta gestão.

[...] Dar um expressivo salto na qualidade e na eficiência das unidades produtoras de bens e serviços e de gestão em saúde, para associar a flexibilidade gerencial ao compromisso com metas de desempenho, mediante a introdução de mecanismos de responsabilização, acompanhamento e avaliação e com uma clara priorização dos profissionais de saúde em termos de qualificação e do estabelecimento de relações adequadas de trabalho. (BRASIL, 2008).

Ainda sobre o Mais Saúde, Andreazzi (2014) destaca que o programa reforça a concepção do Complexo Produtivo da Saúde, estabelecendo a saúde como um setor promotor do desenvolvimento social e econômico, gerador de riqueza.

Juntamente com essa concepção, a autora destaca que “...metas do programa implicaram a construção de novos equipamentos de saúde, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), muitas delas gerenciadas por OSS”. Parcerias público-privadas para investimento em saúde e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) também foram estratégias frequentemente adotadas pelo MS nesse período.

O contexto deste debate se inicia com a crise dos hospitais federais no Rio de Janeiro em 2004, porém para compreender a conjuntura institucional que permitiu a adoção das FEDP na administração pública indireta, é necessário analisar o projeto de governo que ficou conhecido como “Plano de Gestão Pública para um Brasil de Todos” (BRASIL, 2003).

Fazendo o diagnóstico de um **déficit institucional** deixado pelas gestões anteriores e definindo a governança como estratégia para se alcançar eficiência, transparência, participação e um alto nível ético, o projeto, assinado pelo Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) e lançado em 2003, determinava que tal déficit resulta de um processo histórico que produziu um Estado incompleto, deixando lacunas preenchidas pelo “não-Estado”, manifesto sob diversas formas, desde o crime organizado ao próprio mercado (BRASIL, 2003).

Silva (2012) nos esclarece que os princípios estabelecidos neste projeto foram orientados por uma concepção política reformista que buscou se diferenciar das demais reformas já empreendidas no país. Segundo o documento do Plano de Gestão Pública de 2003, o Brasil conheceu três concepções diferentes de reformas políticas: a reforma administrativa, tendo como exemplo o DASP (Departamento Administrativo do Serviço Público) no governo Getúlio Vargas; a modernização administrativa, erguida na gestão Juscelino Kubistchek e no regime militar; e a reforma de Estado, desenvolvida no governo de FHC, tendo como expoente o Plano Diretor de Reforma de Estado, apoiado pelas ideias gerenciais da Nova Gestão Pública.

O documento vai além e detalha as principais diferenças entre as concepções de reformas expostas, adicionando uma quarta concepção: “revitalização do Estado”, ao referir-se à reforma em curso na gestão Lula. Ao comparar a reforma desenvolvida pelo MARE de Fernando Henrique e a revitalização do Estado, um primeiro ponto divergente se ilumina: o Estado, considerado pelo primeiro como um problema, é, para o segundo, uma solução. Para além do exposto, o MPOG pontua os seguintes aspectos:

Quadro 4 - Concepções de transformações na administração pública e suas características segundo o MPOG no governo Lula

CONCEPÇÃO	EXEMPLO	ORIENTAÇÃO	PROCESSO
Reforma de Estado	Governos FHC	<ul style="list-style-type: none"> <li>. O Estado como problema: a crise do Estado e da administração burocrática segundo a visão neoinstitucionalista econômica;</li> <li>. Construção do Estado regulador;</li> <li>. Descolamento entre planejamento e gestão: um plano de adequação do Estado (Plano Diretor) não atrelado a metas de desenvolvimento (PPA 2000-2003) sem um modelo de adequação do Estado para sua implementação;</li> <li>. Orientação dominante do ajuste fiscal obstruiu tanto o Plano Diretor quanto o PPA;</li> <li>. Princípios: desestatização, flexibilidade, foco no cliente, orientação para resultados, controle social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Soluções (a nova gestão pública, “administração gerencial”) em busca de problemas (a “administração burocrática”);</li> <li>. Elaboram-se planos (PD, PPA) com baixo envolvimento e participação dos atores envolvidos, gerando baixo grau de implementação;</li> <li>. As políticas de gestão se fragmentam e a orientação do ajuste fiscal prevalece.</li> </ul>
Revitalização do Estado	O Plano de Gestão Pública do governo Lula	<ul style="list-style-type: none"> <li>. O Estado como solução: papel ativo na redução das desigualdades e promoção do desenvolvimento;</li> <li>. A administração pública pode e deve ser otimizada para aumentar a capacidade de governo;</li> <li>. Princípios: redução do déficit institucional, fortalecimento da capacidade de formular e implementar políticas, otimização de recursos, participação, transparência e ética.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Problemas (diagnóstico institucional da APF) em busca de soluções (um plano de gestão pública);</li> <li>. O Plano de Gestão como uma agenda positiva: implementação do PPA, inovações gerenciais e equacionamento de problemas estruturais da administração federal.</li> <li>. Elabora-se um diagnóstico participativo, debate-se os problemas, elabora-se um plano coletivo de governo, constrói-se uma rede de implementação com ampla sustentação.</li> </ul>

Fonte: BRASIL, 2003.

É nesse período que a administração pública federal vai reunir análises e estudos para pensar novas formas jurídico-institucionais para administração pública, de forma a adequá-la às metas estabelecidas. Esse momento vai coincidir com a crise dos hospitais públicos federais no Rio de Janeiro, ocorrida em 2004, adicionando um caráter de urgência ao desenvolvimento de um novo modelo de gestão.

Surge, então, a proposta das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), fundações sem fins lucrativos com personalidade jurídica de direito privado ou público, que executariam atividades nas quais “não há uso do poder de autoridade do Estado”, tais como: a saúde, a assistência social, a cultura, o desporto, a ciência e tecnologia, o meio ambiente, a comunicação social e promoção do turismo nacional (BRASIL, 2007).

Um documento lançado pelo MS em parceria com o MPOG em 2007 denominado “Fundação Estatal - Metas, Gestão Profissional e Direitos Preservados” traz, em suas linhas iniciais, a justificativa pela “inovação” do modelo, fazendo um diagnóstico que não é exatamente inédito na administração pública. O documento estabelece:

Com o passar dos anos, o modelo de administração pública direta mostrou-se incapaz de acompanhar as constantes demandas, com dificuldades de ampliar a capacidade de funcionamento dos hospitais e preparar-se para os novos tempos, sem abrir mão dos princípios do SUS. Como resultado, hoje são encontrados serviços públicos de saúde, particularmente hospitais, com limitações significativas, servidores sobrecarregados, sem perspectivas de crescimento profissional, e uma população insatisfeita com o atendimento. (BRASIL, 2007, p.3)

Observa-se que este projeto guarda semelhanças com aquele que deu origem às OSs e às OSCIPs em gestões anteriores, tanto no que diz respeito à atividade-fim, quanto na justificativa de sua criação. Porém, como Silva (2012) aponta, esse modelo difere das OSS em alguns pontos, destacando o fato de as FEDP estarem subordinadas à administração pública e sujeitas à sua normatização, por fazerem parte de sua estrutura, mesmo que indiretamente.

Entretanto, para o MS e MPOG, que assinam o documento que detalha o projeto das FEDP, há mais diferenças entre os projetos das FEDP e das OSS/OSCIPs. Em uma tabela, os ministérios organizaram em categorias o que acreditam ser os pontos que tornam as propostas distintas.

Quadro 5 - Comparação entre as formas jurídico-institucionais Fundação Estatal e OS/OSCIP segundo o MPOG no governo Lula

	<b>FUNDAÇÃO ESTATAL</b>	<b>OS / OSCIP</b>
Relação com a Administração Pública	Administração indireta	Não é administração Pública
Personalidade Jurídica	Direito privado	Direito privado
Normas de Direito Público	Regime administrativo mínimo	Não observa
Financiamento/ Fomento	Contrato de gestão	Contrato de gestão/termo de parceria
Autonomia de Orçamento e Financeira	Orçamento e financeira	Orçamento e financeira
Supervisão Ministerial	Das atividades da entidade	Do contrato de gestão ou termo de parceria
Lei de Responsabilidade Fiscal	Não observa	Não observa
Controle Interno e Externo	Da gestão e dos resultados da entidade	Da aplicação dos recursos do contrato de gestão/termo de parceria

Fonte: BRASIL, 2007.

Como será abordado no segundo capítulo, as diferenças apontadas no documento ministerial vão se mostrar pouco expressivas no campo prático. O projeto das Organizações Sociais, que vai ganhar inicialmente projeção em São Paulo e posteriormente será implementado no Rio de Janeiro, vai diferir muito pouco daquele idealizado pelo MPOG proposto no governo Lula. Essa semelhança ajuda a compreender, também, o papel de outras entidades da administração indireta, como a Empresa Pública, que vai exercer importante papel na gestão do prefeito Marcelo Crivella, no Rio de Janeiro, iniciada em 2017.

Cabe ainda dizer que, como modelo de gestão, as FEDP foram concebidas sob a égide de uma visão de administração voltada para resultados, governança, focada na eficiência, auditoria e gestão de recursos, indicando inclusive a possibilidade de pagamento por performance (BRASIL, 2007). Autonomia e flexibilidade são as palavras-chave desse projeto.

A análise do percurso histórico das ideias da Nova Gestão Pública indica respostas específicas sobre o modelo de gestão no qual a cidade do Rio de Janeiro encontrou terreno fértil para que a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária fosse proposta e viabilizada. Esse cenário, como será explicitado adiante, vai exercer papel fundamental ao justificar a reforma e seus eixos estruturantes, entre eles, a contratação de pessoal via OS.

Em face dessa realidade, o próximo capítulo vai analisar a evolução do município do Rio de Janeiro entre os anos 2000 e 2019, procurando problematizar as respostas das gestões municipais às mudanças no executivo federal e nas políticas públicas, discutindo aspectos relacionados a financiamento e contratação de pessoal e de que forma esses parâmetros se relacionam com a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária de 2009 e com os cenários na saúde que se seguiram a esta.

## REFORMA DOS CUIDADOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA, ANTECEDENTES, DESENVOLVIMENTO E DESDOBRAMENTOS: O VÍNCULO DE TRABALHO NO CENTRO DO DEBATE

### 2.1 As gestões anteriores à Reforma dos Cuidados em Atenção Primária

A atual configuração da Rede de Atenção à Saúde (RAS) carioca exhibe uma heterogeneidade que extrapola uma linha cronológica e revela muito mais do que uma sobreposição de diferentes épocas e diferentes formas de produzir cuidado em saúde. Essa construção é o retrato caótico da descontinuidade e da fragmentação política institucionalizada. Tal realidade traduz um complexo processo de disputas que define o desenho da política de saúde no município e que, no caso da Atenção Primária, vem sendo moldado na atualidade pela chamada Nova Gestão Pública.

Ao analisar o Rio de Janeiro, seja isoladamente, seja frente a outros municípios cujas variáveis da análise permitam essa comparação, é possível observar que o impacto regional das diretrizes nacionais acerca da construção do SUS, firmadas desde os anos 1990 para a APS, se manteve muito aquém do esperado até 2009. Isoladamente, a publicação e efetivação da Norma Operacional Básica (NOB SUS) 96, que garantia não somente um piso orçamentário *per capita* para o crescimento e o desenvolvimento da APS, como também um piso variável associado à prestação de serviços e ao desempenho **estratégico do município**, não pareceu suficiente para que o município carioca consolidasse a atenção primária à saúde como política pública até 2009.

(...) A possibilidade de se aumentar o acesso à saúde de expressiva parcela da população, antes excluída ou mal atendida, fez com que muitos passassem a defendê-lo como um modelo substitutivo. O PSF passou a receber recursos diferenciados, favorecendo sua expansão em ambientes de baixa cobertura e poucos recursos municipais.

Nas cidades maiores havia muitas resistências e oposições de ordem corporativa e ideológica e devido a redes assistenciais já existentes. Os obstáculos no RJ estavam relacionados com a pré-existência de inúmeros serviços de vários tipos. (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016, p.1358)

Essa resistência, como aponta Campos, Cohn e Brandão (2016), foi definidora na implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no Rio de Janeiro. Em 1995, um ano após a criação do programa, a primeira equipe de PSF iniciou

suas atividades na Ilha de Paquetá. A isso seguiu-se uma implantação lenta do PSF e do Programa Agentes Comunitários de Saúde, criado em 1991, ainda focado nas populações em situação de risco.

De 1990 a 2008, ano que antecede o início da primeira gestão de Eduardo Paes, objeto da próxima seção deste capítulo, a cidade do Rio de Janeiro passou por cinco gestões, conforme esquematizado na tabela a seguir:

Quadro 6 - Lista de prefeitos e secretários municipais de Saúde do município do Rio de Janeiro/RJ – 1990 a 2008

<b>Prefeito</b>	<b>Partido</b>	<b>Período</b>	<b>Secretário de Saúde</b>
Marcelo Alencar	Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)	1990-1993	Pedro Gomes Valente/ Ronaldo Gazolla
César Maia	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)/ Partido da Frente Liberal (PFL)	1993-1997	Ronaldo Gazolla
Luiz Paulo Conde	Partido da Frente Liberal (PFL)	1997-2001	Ronaldo Gazolla
César Maia	Partido da Frente Liberal (PFL)	2001-2005	Antonio Sérgio Arouca/ Ronaldo Cezar Coelho
César Maia	Partido da Frente Liberal (PFL)/ Democratas (DEM)	2005-2008	Jacob Kligerman

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Lima (2014) esclarece que o momento que sucede a criação do SUS no Rio de Janeiro é marcado por intensas disputas políticas entre os entes federados. O processo de regionalização e municipalização teve peculiaridades no município carioca. A autora destaca o papel do secretário de Saúde Ronaldo Gazolla, que direcionou seus esforços cautelosamente ao processo de organização interna da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), de forma a prepará-la para a transferência das unidades antes federais. Nesse contexto, a atenção primária não encontrou espaço na agenda desta gestão. Cabe ressaltar, ainda, que Ronaldo Gazolla, médico cirurgião conhecido por sua atuação no Hospital Miguel Couto, concentrou

investimentos na área hospitalar e em ações programáticas. No que diz respeito à atenção primária, isso significou baixo investimento e desenvolvimento restrito às ações de programas de saúde e focais.

Os programas de saúde eram a principal forma de ofertar o atendimento em saúde nos serviços básicos. De acordo com a maioria dos entrevistados, os programas possuíam limitações assistenciais, pois restringiam o atendimento aos pacientes que se enquadravam em determinadas doenças e com isso não respondiam às novas demandas de saúde da população, que ao longo dos anos teve transformações no seu perfil epidemiológico. (LIMA, 2014, p.77)

A primeira gestão de César Maia (1993-1997) foi marcada por um esforço de descentralização administrativa interna e é nesse momento que são criadas as Coordenações das Áreas de Planejamento (CAPs). O município foi dividido em dez áreas e as CAPs ficaram responsáveis por organizar e administrar as unidades de saúde de seus territórios, além de executar serviços de vigilância e promoção da saúde.

Durante esse período ocorreu a II Conferência Municipal de Saúde na qual, diferentemente da primeira, a atenção primária ganhou mais espaço de discussão. Entre os avanços neste debate estão o esforço de integrar ações de cunho assistencial e preventivista nas unidades básicas de saúde, e o incentivo às ações para ampliar a resolutividade e a oferta de serviços nas unidades básicas, como explica Lima (2014).

No que tange ao tímido processo de alocação de profissionais nos serviços de atenção primária da cidade durante o processo de expansão que se seguiu à implantação da primeira equipe de PSF em Paquetá, em 1995, Lima (2014) aponta que logo no início houve problema de falta de profissionais. A autora indica que duas soluções foram propostas neste período: uma visava remunerar os trabalhadores terceirizados através das cooperativas com um valor adicional, de forma a atraí-los para regiões mais distantes da cidade ou mais expostas à violência, como a Zona Oeste; e a outra dispunha de estratégia semelhante, porém destinada aos servidores estatutários. Em uma das entrevistas conduzidas na dissertação de mestrado da autora, o entrevistado declara que “o concurso público nunca supriu nenhuma especialidade (...) tinha que terceirizar para poder na terceirização alocar o pessoal daquela própria área”.

Na altura da V Conferência Municipal de Saúde (1999), o assunto em destaque ainda é a municipalização das unidades federais. A atenção primária ainda

não ganha centralidade nos debates no Rio de Janeiro, ao passo que no país o seu desenvolvimento e expansão é pauta nas agendas políticas (Lima, 2014).

É importante ressaltar que, além das dificuldades impostas pelo momento político de reestruturação do sistema de saúde municipal, houve resistência à implantação do PACS e do PSF entre os profissionais de saúde. Houve resistência por parte dos que acreditavam em um modelo de saúde centrado na atenção hospitalar e também dos profissionais que trabalhavam em serviços que até então eram considerados atenção primária, como Centros de Saúde, Postos de Atendimento Médico, Policlínicas e Postos de Saúde. Estes profissionais, em sua maioria servidores públicos, experimentaram a implantação de um modelo de assistência diferente, com a chegada de novos profissionais, muitos deles com diferentes vínculos trabalhistas, além da redivisão de seu espaço de trabalho. Já nesse período não há a realização de concurso público para a provisão de profissionais para a ESF. Sobre este aspecto, Lima (2014, p.97) ressalta:

Cabe destacar os problemas relacionados à formação e reposição de recursos humanos na área da saúde, especialmente para a atenção básica. A baixa quantidade de profissionais formados nessa área e a ausência de concurso público para esse nível de atenção também se constituíram em desafios colocados para a atenção básica do município do Rio de Janeiro.

Cazelli (2003) destaca que, para os profissionais das EFS, o processo de implementação do PSF também foi marcado por conflitos. Em entrevistas conduzidas junto às equipes de determinadas comunidades selecionadas para estudo, a autora localizou, nas falas dos profissionais: discursos de insegurança quanto ao gestor local e aos arranjos institucionais e parcerias locais, desconforto quanto ao hibridismo do ambiente de trabalho e **insegurança quanto à estabilidade de trabalho**, entre outros.

O período de 2001 a 2008 compreende duas gestões do prefeito César Maia, reeleito em 2004. De acordo com Lima (2014) a atenção primária no município do Rio de Janeiro conheceu três momentos durante este período, de acordo com as mudanças na secretaria de Saúde. O primeiro, definido pela curta gestão de Sérgio Arouca, é descrito como um momento de propostas de grande expansão das equipes de saúde da família, com interesse nas áreas desassistidas, mas que, na prática, não ganhou concretude. No segundo momento, na gestão de Ronaldo Cezar Coelho (2001-2006), há um discreto incentivo à expansão deste nível de atenção, porém de forma mais focal. Por fim, no terceiro momento, que se seguiu ao

movimento de refederalização dos hospitais municipalizados através de uma intervenção federal após grave crise administrativa municipal, Jacob Kligerman conduz uma implantação pouco expressiva de equipes de saúde da família, apesar da pressão federal por uma expansão mais robusta, especialmente com a criação do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF) em 2002, já em sua segunda fase de implantação.

Sobre a gestão de Sérgio Arouca, cabe ressaltar que, embora tenha durado apenas cinco meses, algumas de suas decisões políticas foram de grande importância para a saúde carioca, em especial para o desenvolvimento da atenção primária. Conforme dito anteriormente, o então secretário de Saúde, conhecido por sua relevante militância na Reforma Sanitária, deu importante prioridade à expansão da atenção primária no município. Para tanto, desenvolveu junto à sua equipe, um projeto georreferenciado que contemplava a implantação de novas equipes nas áreas mais vulneráveis e desassistidas da cidade. Reuniu-se com outros secretários de capitais, buscando desenvolver estratégias de expansão para grandes centros, através de novos modelos de financiamento e critérios de escolha para implantação de equipes (Lima, 2014).

Sérgio Arouca deparou-se ainda com o problema da baixa provisão de recursos humanos, contratação e fixação de profissionais. Visando solucionar esse problema, Arouca propôs três possíveis caminhos, segundo Lima (2014): Recrutamento de profissionais que já atuavam na atenção primária, utilização de banco de profissionais concursados e realização de novos concursos públicos. Ainda segundo a autora, estas propostas foram de encontro ao que vinha sendo praticado anteriormente, contribuindo para o desgaste da relação do secretário com o prefeito César Maia.

A proposta colocada no referido projeto para a contratação de profissionais para a ESF mediante aproveitamento e realocação de profissionais e do concurso público foi de encontro à lógica do governo municipal vigente que, desde a gestão passada, utilizava a contratação por meios das terceirizações como medida para enfrentar o problema relacionado à insuficiência de recursos humanos no sistema de saúde municipal, agravado com o processo de municipalização dos hospitais federais (LIMA, 2014, p. 108)

É interessante notar que a questão do alocamento de profissionais para atuação na atenção primária já era um desafio neste período. Em que pese os esforços de Sérgio Arouca, seu pouco tempo na gestão não lhe permitiu seguir adiante com seus projetos para essa área. Para além das dificuldades de

contratação de profissionais para a atenção primária (por questões relacionadas à distância e violência), havia também a constante necessidade de suprir a grande demanda por recursos humanos dos hospitais.

A gestão que se seguiu foi a de Ronaldo Cezar Coelho, que era proprietário de banco e político (deputado federal). Devido a suas atribuições como deputado, o secretário precisava se ausentar por alguns períodos para participar de votações e consultas, situações nas quais era substituído por seu subsecretário Mauro Célio de Almeida Marzochi, médico sanitário e professor da Fundação Oswaldo Cruz. Mauro Célio exerceu importante papel no processo de descentralização administrativa e financeira que vai ser empreendido pela Secretaria de Saúde nos anos subsequentes. Este processo consiste em, dentre outras propostas, conferir maior autonomia administrativa, organizacional e orçamentária às CAPs, tendo como uma de suas estratégias a ampliação e a articulação dos serviços de atenção primária.

Dentre os obstáculos que se apresentaram para que a atenção primária não ocupasse lugar de destaque entre as prioridades desta gestão e se consolidasse enquanto política pública, Lima (2014) destaca a escassez de recursos humanos e problemas com a terceirizações dos contratos através de ONGs e Associações de Moradores. Esses contratos, sujeitos a diversos intermediários e interesses muitas vezes conflituosos, eram frágeis, de forma que não ofereciam segurança ao trabalhador, dificultando a fixação de profissionais em áreas administradas por esse tipo de convênio.

## **2.2 Reforma dos Cuidados em Atenção Primária no governo Paes**

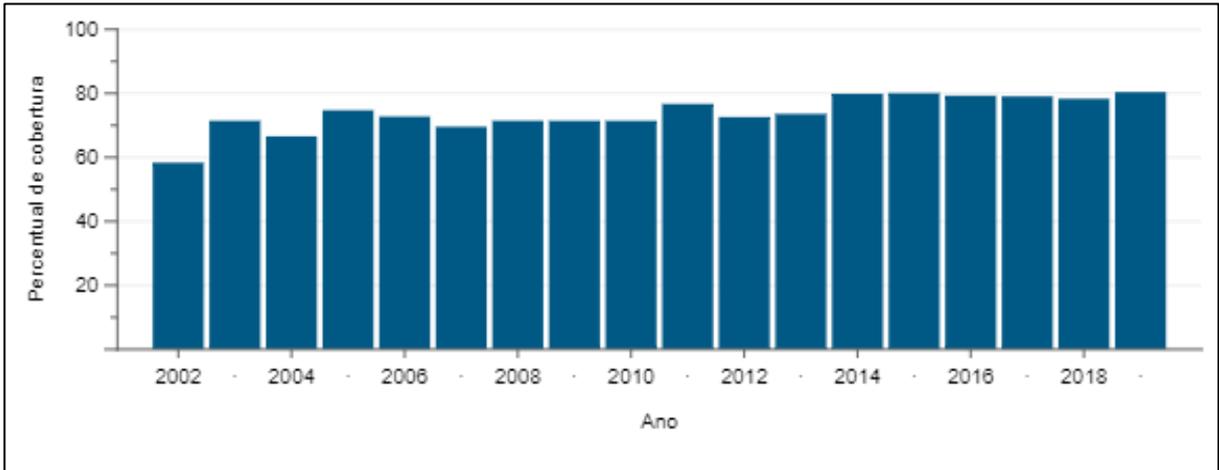
Em 2008, Eduardo Paes venceu as eleições, designando Hans Fernando Rocha Dohmann para a Secretaria de Saúde. O Plano Estratégico da Prefeitura 2009-2012, registra o diagnóstico da saúde: falta assistência, recursos e resolução na atenção primária. Nas diretrizes foi observado que a ampliação da cobertura de Estratégia de Saúde da Família e melhoria da assistência estão descritas como prioridade dessa gestão. Entre as metas, está o projeto de expandir dez vezes a cobertura da Saúde da Família, tendo como base o ano de 2008 (PMRJ, 2009).

O processo que ficou conhecido como “Reforma dos Cuidados em Atenção Primária” no município do Rio de Janeiro começou a ganhar forma no início de 2009, a partir do modelo de atenção primária enunciado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vigente, de 2006. A estratégia de crescimento se pautava não só na garantia do financiamento federal, potencialmente crescente; se espelhava, também, em sistemas de saúde de outros países que investiram em uma atenção primária potente em suas atribuições. Como ordenadora do sistema, essa atenção básica forte se mostra fundamental para prevenção e promoção em saúde.

Essa “Reforma dos Cuidados”, dividida em eixos a serem desenvolvidos em uma ordem cronológica, trazia em seu Eixo 0 a “Mudança organizacional e administrativa” (SORANZ, 2016 p.3) que, além de mudanças no organograma, promoveu a introdução e regulamentação das Organizações Sociais de Saúde (OSS), instituindo o contrato de gestão como ferramenta de contratualização e controle externo e interno sobre os resultados previstos no referido contrato.

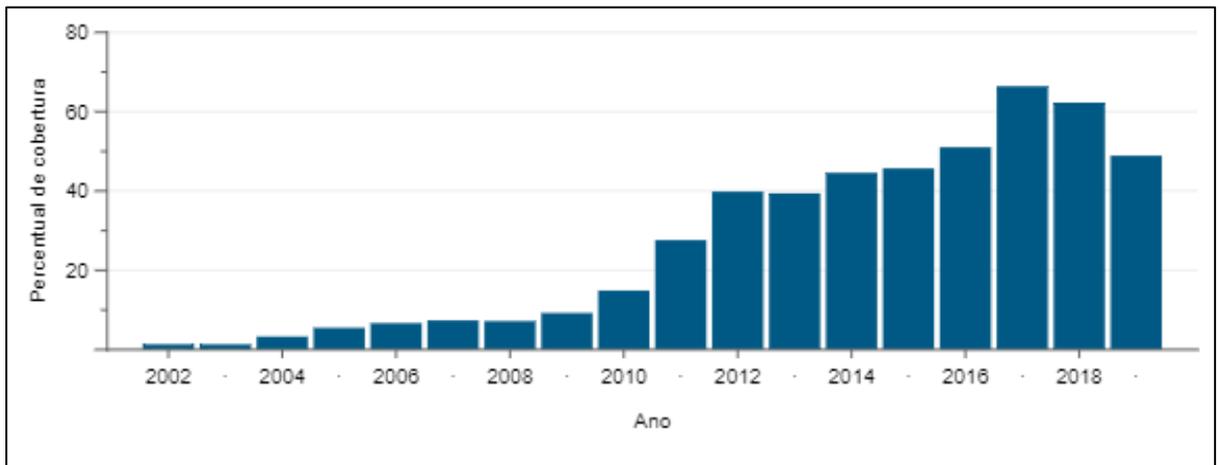
Como dito anteriormente, uma análise do período que antecede essa reforma de 2009 revela que o crescimento e desenvolvimento da APS no Rio de Janeiro apresentava pouca expressividade até aquele momento. Esse cenário se torna mais claro quando essa trajetória é comparada com o percurso do município de Belo Horizonte, no mesmo período de tempo. Considerando os gráficos 1 e 2 abaixo, ficam expressas as notáveis diferenças nas curvas de crescimento da cobertura de atenção primária. Os quadros 3 e 4 permitem observar que o aporte financeiro não encerra a questão, tornando necessária a reflexão em torno do componente sociopolítico que motiva essas diferenças regionais.

Gráfico 1 - Taxa de cobertura populacional de ESF – Belo Horizonte/MG – 2002 a 2018



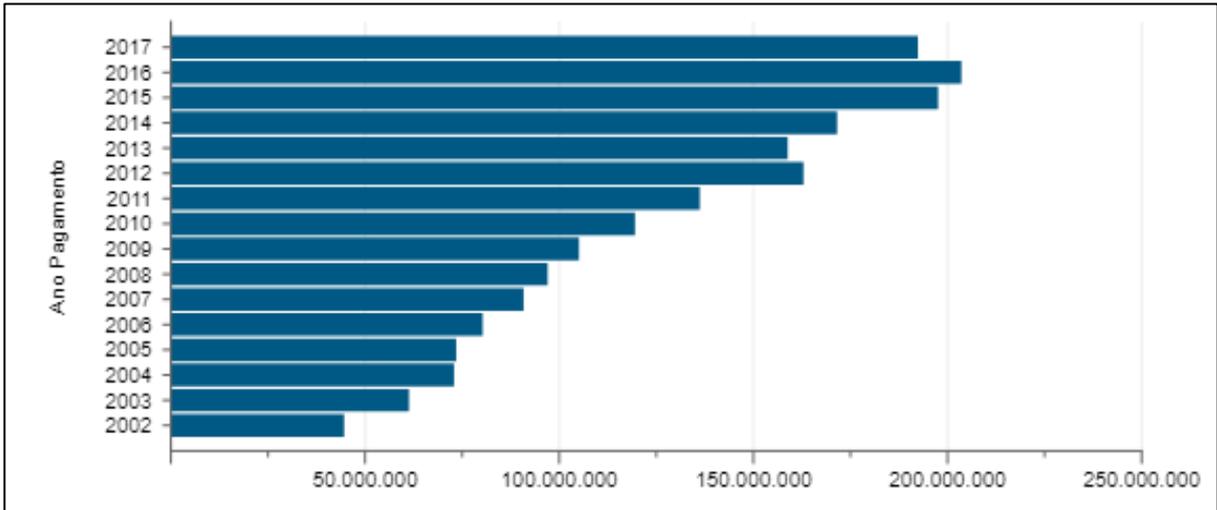
Fonte: SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica, Ministério da Saúde, 2021.

Gráfico 2 - Taxa de cobertura populacional de ESF – Rio de Janeiro/RJ – 2002 a 2018



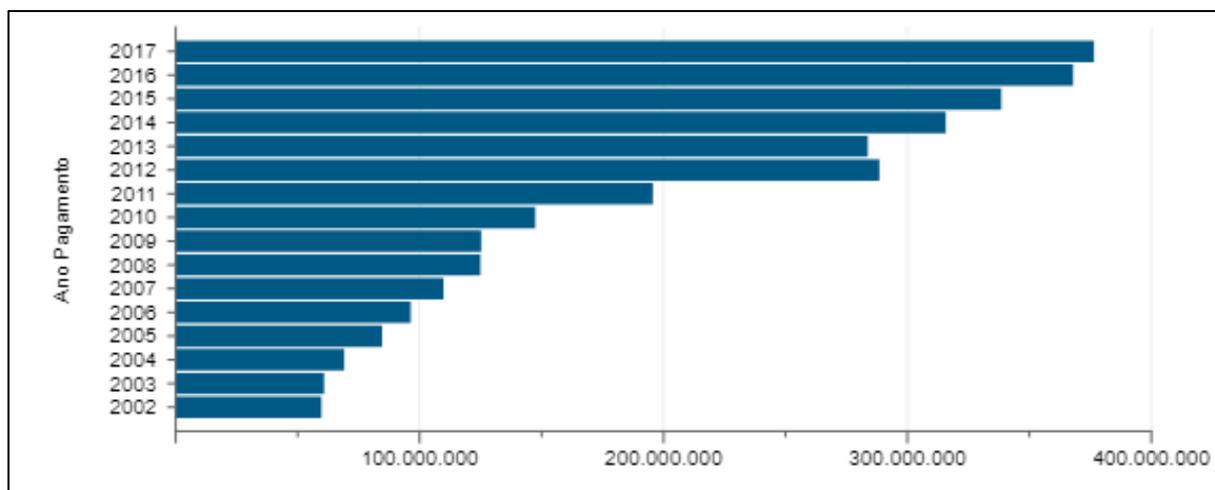
Fonte: SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica, Ministério da Saúde, 2021.

Gráfico 3 - Transferência fundo a fundo (Caixa) de recursos para a Atenção Primária (valor líquido) – Belo Horizonte/MG – 2002 a 2017



Fonte: SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica, Ministério da Saúde, 2021.

Gráfico 4 - Transferência fundo a fundo (Caixa) de recursos para a Atenção Primária (valor líquido) – Rio de Janeiro/RJ – 2002 a 2017



Fonte: SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica, Ministério da Saúde, 2021.

Precisamente sobre a baixa expansão na cobertura de atenção primária no Rio de Janeiro, Soranz (2016, p.2) constata:

Apesar dos marcados princípios constitucionais de 1988, a cidade do Rio de Janeiro se destacou desde as décadas de 1990/2000 pela baixa capacidade de ampliação dos serviços de atenção básica públicos e universais de saúde, com grande redução de sua oferta, financiamento público no limite mínimo constitucional estabelecido, por um lado, e, por outro, um crescimento histórico dos planos privados de saúde [...].

Como é possível acompanhar no Quadro 2, a constatação de Soranz precede uma forte expansão da cobertura em ESF na cidade do Rio de Janeiro que, a partir de 2016, já se aproxima das taxas observadas em Belo Horizonte. Em que pese esse movimento convergente, uma questão muito cara a este estudo deve ser colocada: de que forma se deu a contratação dos trabalhadores que compuseram as Equipes de Saúde da Família nos dois municípios? Qual a importância desse tema para a compreensão tanto da estabilidade observada na assistência da APS na curva belo-horizontina, como da acentuada crescente carioca a partir de 2010 e posterior declínio já em 2017?

Os gráficos também apontam direções quando mostram a expansão da APS belo-horizontina. Segundo Silva (2010) essa ampliação tem início em 2002, e uma de suas principais características vai ser o aproveitamento dos servidores que já atuavam em centros de saúde, através de incentivos, facilitando sua adesão.

No que diz respeito ao financiamento federal (gráficos 3 e 4), observa-se que a curva de cobertura encontra equivalência nos gráficos de transferência fundo a fundo. Um exemplo disso é que nos anos de 2002 e 2009, os anos que marcam o início da expansão belo-horizontina e carioca respectivamente, os valores transferidos são muito próximos entre as duas capitais, porém a quantidade de habitantes é muito distante, correspondendo o quantitativo carioca ao dobro e quase o triplo em 2009 do valor de Belo Horizonte (IBGE, 2022). Isso se justifica principalmente pelos valores transferidos pelo Piso da Atenção Básica (PAB) variável, parcela do PAB condicionada à execução de ações e desenvolvimento de programas em saúde.

Um estudo organizado por Ramos e Seta (2019) se propôs a comparar as quatro capitais da Região Sudeste nos anos de 2009 e 2014 em relação aos indicadores do Pacto de Diretrizes e Metas 2013-2015. Os autores justificam a escolha destas cidades por se tratar da região mais desenvolvida do país e por duas das capitais terem optado pela gestão terceirizada da atenção primária, Rio de Janeiro e São Paulo, enquanto as outras duas terem seguido a via da administração direta, Belo Horizonte e Vitória. O estudo aponta que, nas diretrizes avaliadas – acesso, atenção integral à saúde da mulher e da criança e redução de riscos e agravos à saúde – as cidades com gestão por administração direta apresentaram melhores resultados em quase todos os indicadores. Especificamente sobre a questão dos vínculos de trabalho, os autores afirmam:

Na capital fluminense, os servidores municipais concursados foram considerados inaptos para liderar o processo de expansão e qualificação da ESF, por questões de descumprimento de carga horária, desmotivação e desconhecimento dos atributos da APS, de modo que se priorizou a contratação de profissionais pelas OS por vínculo CLT.

Diferentemente, a capital mineira criou o Projeto BH-Vida, em 2002, para implantar e expandir a ESF, alcançando rapidamente o patamar de cobertura de 70% em 2004, com servidores estatutários que atuavam na APS e a abertura de concursos públicos em 2004, 2006 e 2007. O vínculo CLT era usado para complementar as equipes e contratar Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por dificuldades legais de incorporação destes ao quadro permanente. (RAMOS E SETA, 2019, p.9)

Este estudo compreende, entretanto, que a comparação do desenvolvimento e expansão APS de Belo Horizonte e Rio de Janeiro implica a consideração de diversos outros fatores que não apenas a cobertura e financiamento federal. Pelo menos dois fatores exerceram função fundamental neste processo: as trajetórias e papéis dos sistemas e secretarias estaduais de Saúde e o próprio processo de

municipalização/ regionalização que se seguiu à criação do SUS, bem como a participação dos atores envolvidos.

A Reforma dos Cuidados em Atenção Primária no Rio de Janeiro teve início na primeira gestão do prefeito Eduardo Paes, em 2009. Conforme já citado, a reforma propunha como Eixo 0, denominado “Mudança organizacional e administrativa”, dentre outras definições, a introdução das OSS, através de lei e decreto específicos. O posicionamento estratégico desta iniciativa como prioridade no cronograma da Reforma revela o caráter essencial que a administração direta e a subsequente terceirização trabalhista representavam para o projeto que se apresentava. De acordo com Soranz (2016), essa reforma se constitui a partir das seguintes características:

Deve ser acrescido ainda o novo arcabouço jurídico aprovado pela Câmara de Vereadores da Cidade, em abril de 2009, e posteriormente regulamentado, que se refere à proposta apresentada de um novo modelo organizacional, tendo apoio à gestão de organizações sociais para a saúde. Este modelo permitiu que se reduzisse os tempos de compra de material permanente e de consumo, assim como viabilizou a contratação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família por CLT, eliminando-se os vínculos precários existentes e o tempo de realização dos processos seletivos de pessoal. (SORANZ, 2016, p.5)

Como demonstra a passagem acima, Daniel Soranz (2016) justifica que a entrada das OSS viabilizou a agilidade e a flexibilidade necessárias para o desenvolvimento da APS a que se propunha a Reforma, ecoando os argumentos da Reforma Bresser dos anos 1990. O autor vai além e afirma que o novo modelo seria capaz de eliminar vínculos de trabalho precários, tendo como horizonte a definição do DesprecarizaSUS de 2006, que afirma que apenas os vínculos estatutário e celetista garantem proteção social ao trabalhador.

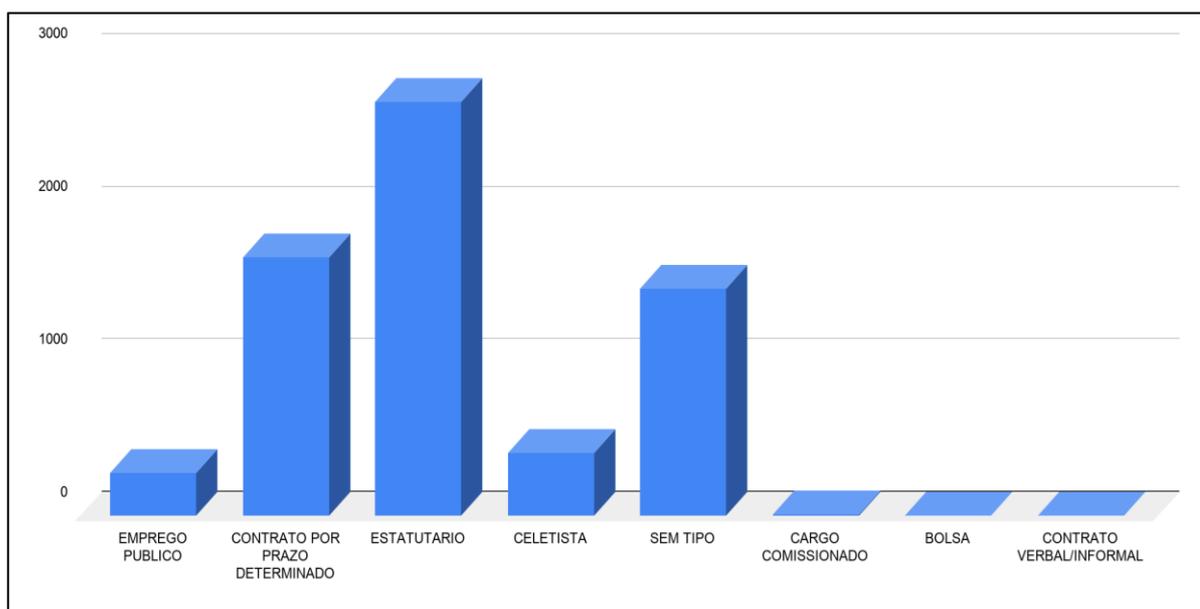
Sobre essa passagem, dois importantes aspectos se destacam: o primeiro é sobre as inequívocas semelhanças entre as falas de Soranz (2016) e Bresser-Pereira (1995), especificamente no que tange à construção da justificativa. Em ambos os discursos é possível localizar problemas do funcionalismo público (burocracia, morosidade, ineficiência) a serem eliminados por uma reforma de caráter gerencial. O segundo é a construção da retórica do inimigo e seu equivalente “caminho único”, em outras palavras, os “inimigos” eram a desassistência e a ineficiência e o único caminho eram as Organizações Sociais.

Sano e Abrucio (2008) vão descrever o que consideram avanços trazidos pela introdução das OSS na gestão de pessoal. Os autores citam maior autonomia na

contratação, promoção e demissão de funcionários, com destaque especial para o último, posto a possibilidade de dispensar aqueles que “não cumprirem os objetivos organizacionais”, diferindo do regime jurídico único que só permite a dispensa em caso de falta grave. Ressaltam ainda que estes contratos têm maior transparência, por se ter mais fácil acesso às informações sobre o desempenho gerencial e resultados.

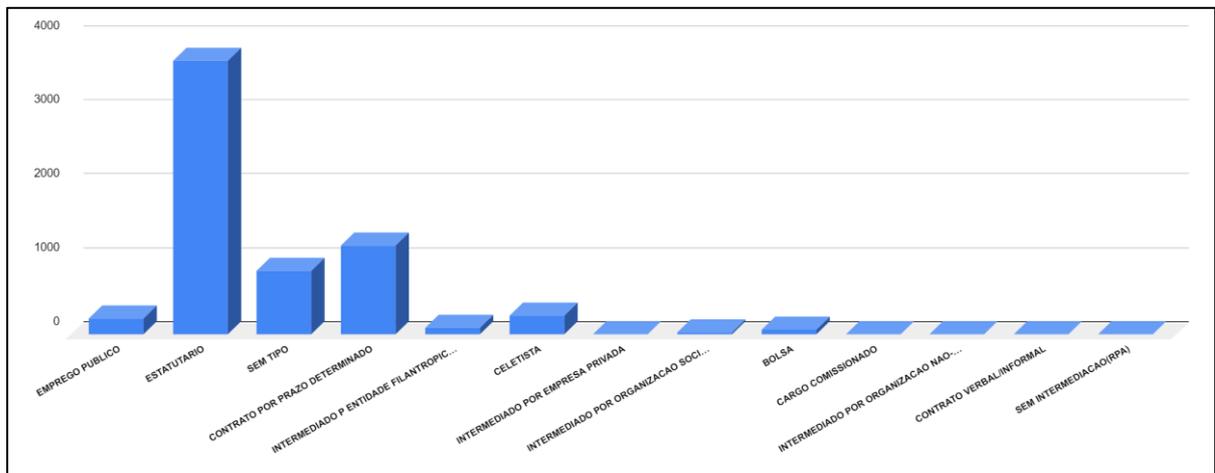
Dito isso, este trabalho considera importante avaliar de que forma a introdução das OSS impactou a composição dos vínculos de trabalho na saúde no município - e a estabilidade da assistência. Mediante uma análise comparativa do banco de dados da plataforma Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) referente aos anos de 2008 e 2010, considerando as categorias profissionais agente comunitário de saúde (CBO 515105) e enfermeiro (CBO 223505), foi obtido o panorama exposto nos gráficos que seguem. A opção pelo corte temporal 2008-2010 se dá pela intenção de avaliar os efeitos imediatos da introdução das OSS e também para avaliar suas características em um dos momentos mais expressivos da expansão da APS em termos de cobertura.

Gráfico 5 - Enfermeiro – Vínculos de trabalho no SUS por tipo – município do Rio de Janeiro/RJ – junho de 2008



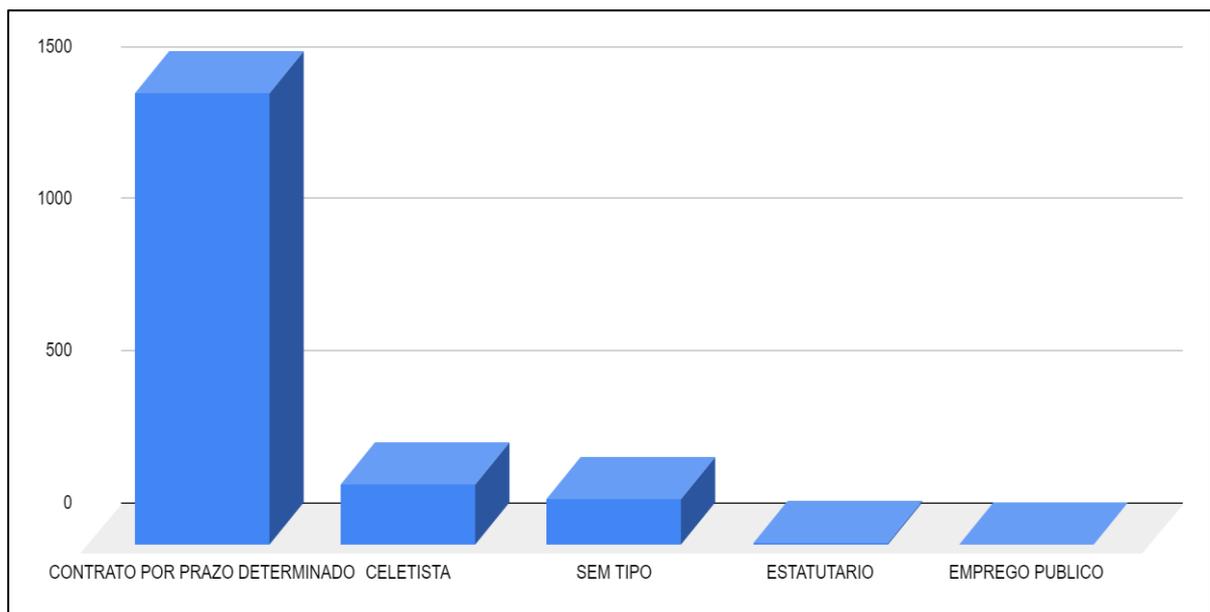
Fonte: CNES

Gráfico 6 - Enfermeiro - Vínculos de trabalho no SUS por tipo – município do Rio de Janeiro/RJ – junho de 2010



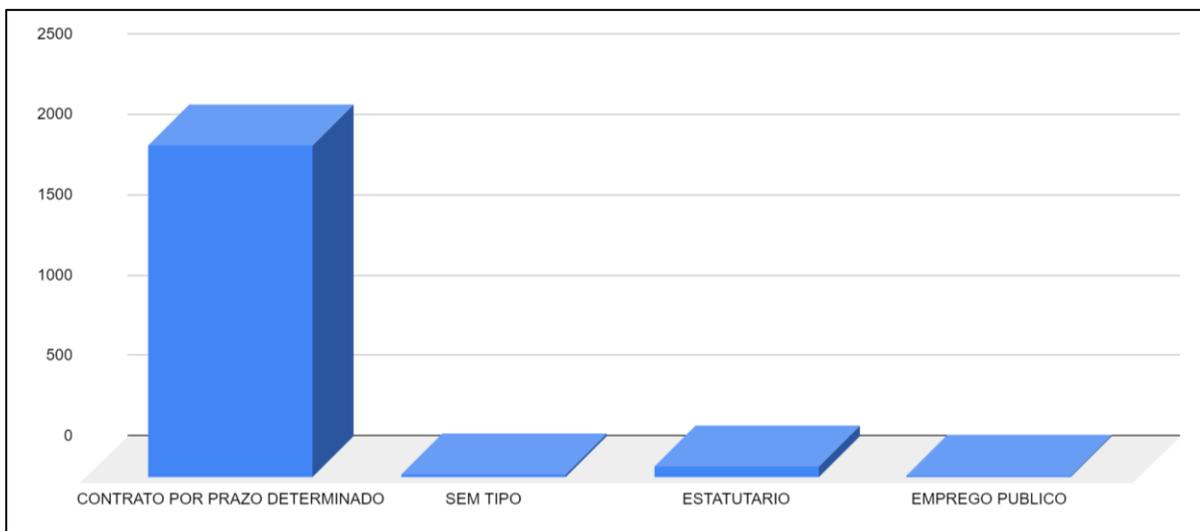
Fonte: CNES

Gráfico 7 - Agente Comunitário de Saúde – Vínculos de trabalho no SUS por tipo – município do Rio de Janeiro/RJ – junho de 2008



Fonte: CNES

Gráfico 8 - Agente Comunitário de Saúde – Vínculos de trabalho no SUS por tipo – município do Rio de Janeiro/RJ – junho de 2010



Fonte: CNES

Os gráficos acima evidenciam que em dois anos de governo Paes a diretriz apontada por Soranz não parece se consolidar de fato, e não se estabelece um novo cenário nos vínculos de trabalho no SUS carioca. Fonseca (2021) esclarece que o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 de Eduardo Paes apresentava como objetivo desprecarizar os vínculos de trabalho irregulares dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde, substituindo-os por CLT, o que de fato já passa a ocorrer em 2010. A autora chama a atenção para o fato de que neste período houve diminuição de servidores estatutários e considera o vínculo CLT mais precário em comparação ao regime jurídico único, por não garantir estabilidade ao trabalhador. Ressalta, ainda, que a Reforma Trabalhista de 2017 tornou o vínculo celetista ainda mais precário, com especial impacto negativo sobre os trabalhadores das OSS no governo de Marcelo Crivella, a ser abordado mais adiante.

Uma primeira análise permite observar que, no que diz respeito à vinculação da categoria da enfermagem (nível superior), há uma ampliação significativa na variedade da tipificação de vínculos na saúde, com a introdução de quatro modalidades de vínculos intermediados por: entidades privadas, organizações sociais, organizações filantrópicas e organizações não governamentais. Destaca-se, também, a notável participação dos contratos por tempo determinado em ambas categorias, em especial para os Agentes Comunitários de Saúde, onde houve significativo aumento. Embora essa modalidade de contratação preveja os mesmos

direitos trabalhistas constantes na CLT, reside uma mensagem implícita nesse tipo de vínculo que vai ao encontro dos eixos estruturantes da Nova Gestão Pública: a busca por formas de contratação não estáveis e a flexibilização do vínculo entre o trabalhador e o Estado.

Conforme afirmado anteriormente, a questão dos vínculos públicos de trabalho, eixo central da reforma proposta por Bresser-Pereira, transcreve uma complexa e acirrada disputa orçamentária que envolve entes públicos e privados de diversas instâncias. Em sua tese, Soranz (2016) anuncia não somente que as raízes da reforma proposta na gestão Paes estão localizadas na Nova Gestão Pública, como também descreve os pontos de interesse, a destacar o pluralismo institucional, diretamente relacionado com a configuração do painel orçamentário municipal. Reconhecendo o vínculo direto entre sua proposta para o município do Rio de Janeiro e o programa neoliberal de gestão pública iniciado por Margareth Thatcher e introduzido no Brasil por Bresser-Pereira, nos anos 1990, Soranz avaliava que:

Desde meados de 1980, as transformações geradas pela globalização econômica mundial impulsionaram a formulação e a implementação de Reformas Administrativas, inspiradas na “Nova Gestão Pública”. No Brasil, essa agenda gerou, na década de 1990, a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado – PDRAE. No que tange à dimensão gerencial, o PDRAE se valeu de três pontos centrais: construção de um modelo organizacional mais flexível ou pluralismo institucional – o modelo das organizações sociais; gestão para resultados e novas formas de accountability. (SORANZ, 2016, p.5)

Vale destacar que os três pontos mencionados seriam irrealizáveis se não fossem assentados em uma verdadeira reforma trabalhista pensada para a administração pública.

A nova forma de vínculo de trabalho que se aprofundava na gestão da APS carioca se fez acompanhar de mudanças substantivas no painel orçamentário dos anos da gestão Paes. Utilizando como fonte de dados o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), o presente estudo analisou as informações obtidas e comparou-as com as do município de Belo Horizonte. Com esse procedimento é possível detalhar como diferentes opções de vinculação de trabalho no setor público de saúde afetaram a organização institucional e a distribuição do orçamento público na APS nesses municípios em pouco mais de dez anos - sobretudo no quesito “Despesas com Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos”.

**Tabela 2 - Distribuição de despesas na saúde (parâmetros selecionados) – município do Rio de Janeiro/RJ – 2008 a 2020**

ANO-BASE	Despesa total com saúde (Despesa Paga) R\$	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	Participação da despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	Subfunções vinculadas*	Atenção Básica**	Despesas com Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos***
2008	638.935.024,84	53,05%	24,58%	98,25%	13,01%	-
2009	676.632.204,73	62,27%	21,13%	98,50%	13,83%	-
2010	691.550.917,85	62,86%	14,45%	99,02%	30,37%	-
2011	943.027.149,37	46,48%	17,11%	98,83%	33,04%	-
2012	1.435.092.768,42	35,70%	17,44%	98,85%	35,42%	-
2013	1.599.326.811,99	34,39%	11,35%	98,65%	38,85%	-
2014	1.674.616.684,13	35,49%	11,27%	98,29%	34,59%	-
2015	1.943.168.859,22	30,77%	13,17%	98,43%	34,23%	-
2016	2.409.576.318,39	24,80%	11,35%	-	-	-
2017	2.181.651.812,24	30,09%	10,27%	-	-	-
2018	2.224.972.569,81	28,87%	11,92%	-	-	<b>50,57%</b>
2019	2.031.262.722,57	31,85%	14,18%	-	-	<b>45,55%</b>
2020	1.806.091.323,72	32,92%	24,74%	-	-	<b>30,32%</b>

Legenda:

\* Compreende: Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Alimentação e Nutrição.

\*\*Percentual dentro de "Subfunções vinculadas"

\*\*Percentual das despesas totais com saúde.

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

**Tabela 3 - Distribuição de despesas na saúde (parâmetros selecionados) – município de Belo Horizonte/MG – 2008 a 2020**

ANO-BASE (primeiro semestre)	Despesa total com saúde (Despesa Paga) R\$	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	Subfunções vinculadas*	Atenção Básica**	Despesas com Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos***
2008	473.819.970,74	46,07%	42,36%	-	-	-
2009	659.260.390,04	42,64%	46,29%	58,55%	4,15%	-
2010	707.517.509,29	46,22%	44,01%	57,20%	5,11%	-
2011	745.786.804,59	42,90%	45,12%	59,39%	5,18%	-
2012	887.037.754,24	32,39%	49,38%	59,66%	2,89%	-
2013	1.209.984.346,68	32,18%	47,33%	62,18%	2,86%	-
2014	1.219.145.475,18	31,48%	54,03%	62,71%	1,98%	-
2015	1.112.526.525,33	33,94%	41,11%	62,04%	3,60%	-
2016	1.093.180.636,78	34,64%	41,52%	-	-	-
2017	1.248.585.465,20	34,41%	41,80%	-	-	-
2018	1.291.282.471,58	36,14%	47,44%	-	-	<b>1,09%</b>
2019	1.610.147.410,69	29,91%	32,40%	-	-	<b>0,56%</b>
2020	1.605.128.076,20	29,21%	39,91%	-	-	<b>0,79%</b>

Legenda:

\* Compreende: Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Alimentação e Nutrição.

\*\*Percentual dentro de "Subfunções vinculadas".

\*\*Percentual das despesas totais com saúde.

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Analisando isoladamente o município do Rio de Janeiro, o que estes dados revelam é que, com o início da gestão Paes, houve um progressivo aumento no percentual de investimento em atenção primária à saúde, ao passo que se observa um declínio acentuado na participação da despesa com pessoal na despesa total com saúde, especialmente a partir de 2012. Em 2009, a Lei nº. 5.026, de 19 de maio, e o Decreto nº. 30.780, de 2 de junho, regulamentam as atividades das OSS no município do Rio de Janeiro. No SIOPS, o percentual da despesa com saúde repassada a esses intermediários, cujo requisito para qualificação é a obrigatoriedade de serem entidades sem fins lucrativos (RIO DE JANEIRO, 2009), só passou a ser registrado a partir de 2018, já após a segunda gestão Paes, no segundo ano da gestão do prefeito Marcelo Crivella.

O percentual informado em 2018 na categoria “Despesas com Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos”, calculado sobre o valor total das despesas com saúde do município, corresponde a 50,57%. Esse dado permite inferir que o referido montante é o resultado de uma construção que antecede a gestão Crivella, independentemente da ausência dos dados dos anos anteriores. De fato, é possível apontar, como justificativa, que a queda nas despesas com pessoal nos anos anteriores (20,13%) só se deu a partir do aumento com os repasses financeiros às Organizações Sociais de Saúde.

O sucessivo declínio na rubrica “despesa com pessoal” aliada à regulamentação das atividades das OS, e o lançamento do valor de mais de metade da despesa total com saúde destinado a organizações sem fins lucrativos em 2018 revelam que essa suposta “economia” se traduz em simples transferência de recursos de um elemento de despesa para outro. Em outras palavras, os mesmos postos de trabalho que anteriormente estavam de alguma forma vinculados à administração pública e, portanto, contabilizavam na “despesa com pessoal” agora trabalham indiretamente em OSS e o recurso executado para custear esses trabalhadores agora compõe a rubrica “despesas com instituições privadas sem fins lucrativos”, juntamente com outros repasses de natureza diversa.

A análise comparativa entre os dois municípios traz uma perspectiva que reforça a argumentação defendida neste trabalho. A exposição dos dados de cobertura de atenção primária feita no início deste capítulo, juntamente com os dados sobre repasse fundo a fundo, além do detalhamento das despesas com saúde, revelam que os municípios estudados, Rio de Janeiro e Belo Horizonte,

optaram por políticas distintas no que concerne à contratação de trabalhadores na saúde e a admissão de entes terceirizados na administração pública, promovendo diferentes cenários na saúde pública.

Conforme apurado, o contraste entre os dois municípios se materializa não somente nas curvas de cobertura de atenção primária, onde a constância de alta cobertura belo-horizontina se difere da curva de crescimento acelerado carioca. Essa análise é relevante para este estudo na medida em que revela que as previsões feitas por Bresser-Pereira parecem não encontrar concretude na prática. Vale recordar que a tese erguida no Plano Diretor da Reforma de Aparelho de Estado, citada no artigo que descreve a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária no Rio de Janeiro (Soranz, 2016), sustenta que o excesso do funcionalismo público, ou seja, o excesso de vínculos diretos de trabalho representa um alto custo para a máquina pública e que a flexibilização destes poderia promover a redução de gastos neste componente orçamentário. Em resumo, os dados apresentados apontam para uma direção onde a reforma proposta por Soranz, com a ampla participação de OS na administração pública não se mostra menos onerosa financeiramente – por se tratar de uma transferência de rubrica orçamentária para entidades privadas – nem, tampouco, mais eficiente do que seria, por exemplo, se construída sob o modelo da administração direta, como no caso de Belo Horizonte. Como será melhor explorado na discussão sobre a gestão Marcelo Crivella (2017-2021), se aloca no modelo de OSS um forte comprometimento da estabilidade da assistência prestada às respectivas populações.

Dito isso, é necessário trazer a reflexão sobre a disputa orçamentária que se revela quando o panorama dos vínculos públicos de trabalho na saúde sofre uma reestruturação destas dimensões. Está claro quais foram os principais prejudicados com estas medidas que, como visto, guardam raízes nas ideias neoliberais dos anos 1990. Para revelar quais foram os principais beneficiados, este estudo sugere uma avaliação cuidadosa do cenário que se seguiu à regulamentação das OSS, a destacar aquele que se estabeleceu no governo de Marcelo Crivella. Em linhas gerais, essa condição aponta para o intrincado debate entre, por um lado, a colonização dos interesses de mercado sobre a estrutura do Estado e, por outro, a preservação dos direitos do trabalho e o seu sentido para a realização do interesse público.

### 2.3 Gestão Crivella e a quebra do contrato

O governo Crivella, que se iniciou em 2017, marca o início de um novo capítulo na história da precarização dos vínculos de trabalho da administração pública no setor saúde no município do Rio de Janeiro. Delineados os pontos de confluência político-institucional entre as reformas apresentadas por Bresser-Pereira e Daniel Soranz, nesta seção serão apresentadas as características do que se pode chamar de uma nova fase evolutiva do neoliberalismo constitutivo da Nova Gestão Pública, com a reestruturação orgânica que se estabeleceu entre 2017 e 2020.

Dois principais eixos estruturantes orientaram a política pública de saúde na gestão Crivella no que concerne à gestão do trabalho: (i) a intensificação da flexibilização dos vínculos, com abertura para novas modalidades de contratação e entrada de empresas de capital privado na administração dos contratos e convênios e (ii) a desresponsabilização sistemática pelo trabalhador não estatutário, promovida através de atrasos salariais, demissões em massa, péssimas condições de trabalho e negligência. Cabe ressaltar que esse movimento de desresponsabilização da gestão pública não é absolutamente novo, tendo sido exposto neste trabalho no primeiro capítulo, no documento do Ministério da Saúde da gestão FHC, que trata da contratação de Agentes Comunitários de Saúde. No entanto, trata-se de observar que na gestão Crivella esse princípio é levado ao paroxismo, em um entendimento objetivo de que os trabalhadores terceirizados são responsabilidade da administração indireta.

Em 2018, no início da nova gestão municipal, foi promovida uma reforma na atenção primária, que ficou conhecida como “Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde” (PMRJ, 2018). No documento norteador desta reforma, já nos primeiros parágrafos, a Subsecretaria de Atenção Primária, Promoção e Vigilância em Saúde (SUBPAV), anuncia a avaliação que subsidia o pacote de medidas que se propõe: a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária desenvolvida na gestão Paes seria insustentável financeiramente e pouco eficiente - tendo em vista os resultados de performance de algumas unidades e equipes do município. Em resumo, sob o argumento do custo e da efetividade, a SUBPAV promoveu a redução de equipes em diversas Unidades de Atenção Primária no município e propôs uma reforma no modelo de acolhimento e atenção à saúde

baseada na filosofia *Lean* - um conjunto de práticas da administração privada do sistema Toyota que visa obter melhores resultados com o menor uso de recursos e menor desperdício. No centro dessa discussão se coloca o aprofundamento do vínculo flexível de trabalho. Considerando esse princípio, o referido documento traz em suas análises a seguinte avaliação:

(...) equipes com baixo cadastramento, baixa produção de atendimento ambulatorial e baixa cobertura assistencial apresentam relação custo-benefício desfavorável (Critérios 2, 3 e 4). Estas equipes, embora prestem serviços à população, estão em áreas de baixa pressão assistencial, onde a população tem acesso à saúde suplementar, por exemplo, ao passo que áreas bastante vulneráveis da cidade não apresentam cobertura de saúde da família. Deve-se, pois, em um esforço de reorganização, aproveitar a economia resultante da desativação de uma equipe em área nobre da cidade para cobrir áreas onde há maior necessidade. (PMRJ, 2018, p.2)

Fonseca (2020, p. 37) destaca que o avanço do “toyotismo”, que traz consigo o “ideário e prática da reengenharia, *lean production*, eliminação de postos de trabalho e aumento da produtividade e qualidade total”, promoveu o fortalecimento da coexistência de diferentes contratos de trabalho em um mesmo local, predominando a desigualdade de contratação no mesmo ambiente de trabalho. No cenário carioca, essas ideias irão se materializar na flexibilização dos contratos de trabalho na APS, através de mudanças nos contratos de gestão celebrados entre a prefeitura e as OSS e através da celebração de convênios com empresas de capital privado, que viriam a administrar unidades de saúde contratando trabalhadores por meio de pessoa jurídica e sociedade em conta de participação, como será abordado adiante.

As perspectivas anunciadas pela gestão Crivella radicalizam o que fora estabelecido na gestão Paes no que tange às políticas públicas na gestão do trabalho. Ideologicamente, o novo governo apresenta uma nova forma de conceber a saúde pública que combina elementos neoliberais de diversas frentes, conforme será analisado, mas que converge ao quadro comum iniciado em 2009: A redução dos custos da máquina pública pela via do estrangulamento dos direitos do trabalhador e da precarização dos vínculos de trabalho. Em outras palavras, a flexibilização que fora anunciada como virtude da Nova Gestão Pública, torna-se o instrumento mais eficaz de desconstrução dos serviços de saúde. Observa-se que os vínculos flexíveis de trabalho, característicos do modelo de gestão por OSS e cuja adoção foi justificada por uma necessidade de expansão da atenção primária

rápida e eficaz, agora operam na contramão, servindo com igual rapidez para promover o desmonte da mesma rede.

Ainda sobre o documento produzido pela SUBPAV em 2018, observa-se a defesa de uma posição clara com relação à administração por Organizações Sociais. A Subsecretaria de Crivella sustenta que o modelo teria duas características principais: autonomia decisória sobre processos financeiros e organizacionais, incentivando a flexibilização administrativa e ruptura da rigidez da estrutura organizacional (da administração pública); e incremento do controle público dessas entidades, através de práticas voltadas ao aumento da participação da sociedade na formulação e avaliação de desempenho das OSS (PMRJ, 2018). O documento vai, ainda, citar a introdução da governança, conhecimento gerencial desenvolvido no setor privado, na esfera pública como um avanço deste modelo.

A reforma que se propôs durante o governo de Marcelo Crivella resgata uma visão de sistema público de saúde que antecede a Constituição de 1988. Como aponta Rizzotto (2000, p. 3) as raízes desse pensamento repousam no liberalismo fortemente estimulado por organizações internacionais, como o Banco Mundial, nos anos 1990:

A questão central nunca foi saber se o Brasil poderia ou não arcar com os custos do sistema, mas pela oposição de raiz entre o pensamento liberal e a implementação de sistemas de saúde públicos universais. Para o liberalismo, é inadmissível o alijamento do mercado em qualquer setor da vida social, como pretendia o movimento sanitário brasileiro quando da criação do SUS.

Esse eixo estruturante, presente na argumentação que sustenta a reorganização concebida em 2018, revela que, embora o governo Crivella anuncie uma quebra em relação ao que vinha sendo praticado nas últimas duas gestões Paes (2009-2016), ao apontar fragilidades e inconsistências na política de governo deste na saúde, a projeção que se coloca é de que essa ruptura não apenas não se consolida, como também se transforma, se materializando na quebra do contrato social explícito na legalidade que sustenta o SUS. Crivella promove a Reorganização dos Serviços de Atenção Primária orientado por uma visão que vai de encontro à universalidade ao estabelecer como um dos critérios para o credenciamento de uma equipe de Saúde da Família o fato de ela estar situada em uma área de IDS médio ou alto (>0,567) (PMRJ, 2018).

Baseado nas mudanças da Política Nacional de Atenção Básica de 2017, no que tange à definição de equipe de Saúde da Família quanto à sua composição, o governo Crivella vai, a partir do argumento de que populações com melhores índices socioeconômicos buscam menos os serviços de atenção primária, definir quatro tipos de formatos de equipes, diferindo em composição profissional e população cadastrada. O tipo 1 é voltado às populações mais vulneráveis e desassistidas, composto por médico 40 horas, enfermeiro 40 horas, técnico de enfermagem 40 horas e cinco agentes comunitários e admitindo uma população cadastrada de no máximo 3.500 pessoas. A equipe tipo 2 segue os mesmos parâmetros da equipe tipo 1, porém com programa de residência. Para a composição da equipe tipo 3 são necessários um médico 40 horas, um enfermeiro 40 horas, um técnico de enfermagem 40 horas e pelo menos um agente comunitário de saúde, variando a população adscrita entre 3.500 a 4.500 habitantes. Para o tipo 4, destinado às áreas de alto índice de desenvolvimento social, ficou designado um médico 40 horas, um enfermeiro 40 horas, um técnico de enfermagem 40 horas, nenhum agente comunitário de saúde e uma população adscrita de até 16.000 pessoas (PMRJ, 2018). Uma passagem do documento citado explicita a visão da Secretaria de Saúde:

É frequente, por exemplo, em nossa cidade, moradores de áreas mais socialmente desenvolvidas utilizarem pouco o recurso de equipes de saúde da família, e muitas vezes as visitas dos ACS serem recusadas nos condomínios e prédios de bairros mais abastados. Tais situações levam à má utilização do recurso pessoal e financeiro na saúde, gerando custo sem o benefício relacionado. (PMRJ, 2018, p. 4)

Ainda sobre os critérios de credenciamento de uma equipe de Saúde da Família, a gestão Crivella estabeleceu cinco critérios, cada um atribuindo um ponto à equipe analisada. Segundo o documento orientador (PMRJ, 2018), o estudo evidenciou 230 equipes com pontuação superior à quatro. Os critérios foram:

- 1) equipes em áreas de IDS médio e alto (> 0,567);
- 2) equipes cobrindo um baixo número de pessoas (abaixo de 3000 usuários);
- 3) equipes com baixa produção ambulatorial (< 75% do esperado);
- 4) equipes com pouco contato de usuários (menos de 40% da população já atendida);

5) equipes sem programas de ensino estratégicos (Residência Médica ou de Enfermagem).

Ainda segundo o documento orientador, após validação do estudo junto às Coordenações de Área Programática (CAP) foram retiradas 46 equipes do grupo a ser descredenciado. O restante, 184 equipes de Saúde da Família, juntamente com 55 equipes de Saúde Bucal, foram sumariamente desativadas (PMRJ, 2018).

Além da redução de eSF e da demissão massiva de trabalhadores da saúde, a reorganização proposta pela Secretaria de Saúde previu também uma revisão das grades de insumos, visando reduzir custos e perdas, segundo a justificativa do documento orientador. A grade, que contava com 402 itens registrados, passou a contar com 179, uma redução de 44,52% (PMRJ, 2018). Dentre os itens estão: material médico cirúrgico, odontológico, medicamentos da atenção primária, saneantes, material para coberturas e maleta de emergência - esta última inalterada, de acordo com o documento (PMRJ, 2018).

Outra das principais medidas adotadas pela gestão Crivella foi a substituição da administração de cinco Áreas Programáticas do Rio de Janeiro (2.1, 3.1, 3.3, 5.2 e 5.1), então administradas por OSS, pela Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro, a RioSaúde. Novamente sob o argumento financeiro, essa troca de contratos implicou em um dos momentos de maior instabilidade institucional e assistencial na APS carioca desde 2008. Propondo salários menores, muitos profissionais não aceitaram a migração de contrato e as unidades ficaram com grandes déficits em seus quadros por quase um mês, até que houvesse a assinatura de um acordo coletivo determinando a equiparação salarial entre os salários propostos pela RioSaúde e aqueles praticados pelas OSS. Ainda assim, profissionais de diversas categorias perderam benefícios e direitos, tais como o adicional por ter diploma de mestrado e/ou doutorado e o adicional de difícil provisão (ofertado aos profissionais lotados em áreas de difícil acesso). Adicionalmente, os contratos de trabalho celebrados com a RioSaúde eram temporários, com duração de um ano, e a empresa, por sua natureza jurídica, estava desonerada de diversas obrigações trabalhistas, como por exemplo o pagamento de multa rescisória sobre o FGTS em caso de demissão sem justa causa (BRASIL, 2019).

A RioSaúde foi criada em 2013, na primeira gestão de Eduardo Paes, através da Lei Ordinária no. 5.586. Porém, sua sustentação legal repousa no artigo 173 da Constituição Federal de 1988, revisado dez anos depois pela Emenda Constitucional

19, de 1998, para definir de que forma o estatuto jurídico das empresas públicas seria estabelecido. A respeito deste trecho constitucional, além do primeiro parágrafo, que ganhou nova redação, merece destaque a inclusão dos incisos I a V:

Art. 173

[...]

§ 1º A lei estabelecerá o estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista e de suas subsidiárias que explorem atividade econômica de produção ou comercialização de bens ou de prestação de serviços, dispondo sobre:

- I - sua função social e formas de fiscalização pelo Estado e pela sociedade;
- II - a sujeição ao regime jurídico próprio das empresas privadas, inclusive quanto aos direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas e tributários;
- III - licitação e contratação de obras, serviços, compras e alienações, observados os princípios da administração pública;
- IV - a constituição e o funcionamento dos conselhos de administração e fiscal, com a participação de acionistas minoritários;
- V - os mandatos, a avaliação de desempenho e a responsabilidade dos administradores. (BRASIL, 1998)

A redação original deste artigo era bastante radical. Ele dizia em seu parágrafo primeiro que “A empresa pública, a sociedade de economia mista e outras entidades que explorem atividade econômica sujeitam-se ao regime jurídico próprio das empresas privadas, inclusive quanto às obrigações trabalhistas e tributárias”. (BRASIL, 1988). Embora este trecho tenha sido reeditado dez anos depois, o que se observa no novo texto constitucional refeito pela EC 19/1998 é a permanência da admissão do regime jurídico das empresas privadas, desde que estabelecido em lei.

Sobre a sustentação legal municipal da RioSaúde, foram identificados dois pontos importantes no seu Estatuto Social, em 2013, na ocasião de sua criação, e em 2019, quando pela terceira vez no mesmo ano o estatuto sofreu modificações. O primeiro ponto que chama atenção diz respeito ao capital social da empresa de R\$ 500.000,00, representado por 500 ações ordinárias (de R\$1.000,00, supõe-se). Como será abordado adiante, há discrepâncias entre o porte da RioSaúde e o tamanho da demanda administrativa que foi colocada sob sua responsabilidade, colocando em xeque a credibilidade da empresa. Isso leva ao segundo ponto: em 30 de julho de 2019, o Estatuto Social da RioSaúde foi editado e republicado através do Decreto 46.279, para receber uma adição em seu artigo 4º:

Art. 4º.

[...]

§ 7º Sua função social é a realização do interesse coletivo, nos termos expressos no instrumento de autorização legal da sua criação, mediante implementação de eficiência e qualidade na prestação do serviço público social de saúde. (RIO DE JANEIRO, 2019)

Essa passagem foi destacada por dois motivos: o primeiro, pelo notável esforço de se publicar um novo estatuto através de um decreto para se alterar apenas um parágrafo de um artigo que, em termos práticos, não indica modificação alguma, não propõe alteração a nível administrativo ou organizacional, trazendo apenas informações que, em primeira análise, também não surpreendem quanto ao conteúdo. O segundo é que, mesmo que não haja alteração pragmática ou que pareça se tratar de um texto institucional padrão, há uma clara mensagem que precisa ser dita: essa é a melhor alternativa. E mais: reúne, em poucas linhas, pelo menos mais três elementos centrais deste modelo de gestão: legalidade, eficiência (que traz consigo a ideia de resultados *versus* custos) e apelo ao interesse público.

Cabe neste ponto retomar brevemente a discussão levantada no primeiro capítulo sobre o movimento de estímulo à criação e implementação de empresas públicas, promovido durante a gestão Lula. É relevante resgatar novamente o documento produzido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, em 2007, já que ele traz algumas perspectivas importantes sobre essa modalidade de gestão. O documento afirma:

A FUNDAÇÃO ESTATAL é uma entidade do Estado. A proposta não é privatizar, pelo contrário. É trazer para dentro do Estado inovações que o mundo inteiro está experimentando: contratos de desempenho, modelos mais eficientes de gestão, cobrança de resultados da administração e remuneração por bom desempenho. (BRASIL, 2007, p.4)

Há flagrante contraste entre as projeções feitas pelo MPOG e o que se concretizou na prática no cenário da atenção primária carioca sob a gestão da RioSaúde. As inovações almejadas, que porventura viriam a substituir e atualizar a velha forma de se fazer gestão (a administração direta, considerada incapaz de suprir a demanda), deram lugar a uma administração precária e pouco operacional.

Objetivando reduzir custos com a introdução da RioSaúde, a gestão Crivella alegava que os contratos com as OSS eram onerosos financeiramente e que a empresa pública representaria a eliminação de um intermediário, eliminando gastos administrativos. A RioSaúde é uma empresa pública de médio porte, com experiência em gestão hospitalar e sem qualquer prévia experiência em gestão da atenção primária à saúde. Sem estrutura organizacional própria, a maioria de suas funções e atribuições eram terceirizadas. A combinação da crise financeira, a alta demanda imposta pelo grande porte das cinco áreas programáticas colocadas sob a gestão da RioSaúde e pouca compreensão do funcionamento da atenção primária

fez com que a RioSaúde celebrasse um número recorde de contratos emergenciais, por vezes de curtíssima duração, ampliando o número de trabalhadores quarteirizados e sujeitos também aos atrasos em salários e benefícios. Estes contratos representaram um ônus financeiro de grande monta, como aponta o Requerimento de Informações Parlamentar 1618/2019:

Uma comparação nos contratos emergenciais da RioSaúde (empresa pública de Saúde do Rio) nas gestões do ex-prefeito Eduardo Paes e de Marcelo Crivella surpreende. Entre 2014 (ano em que a Rio Saúde foi criada) e 2016 (fim do governo de Paes), foram assinados 101 contratos emergenciais que totalizaram R\$ 15,2 milhões. Já em dois anos e meio do governo Crivella, a empresa já assinou 137 contratos emergenciais que totalizam R\$ 94,7 milhões. Um aumento de 523% nos valores em relação à gestão anterior. (...)

Mas, apesar de a Lei de Licitações firmar que tais contratos devem durar, no máximo, 180 dias, um detalhe chama a atenção: ao fim de cada seis meses, novos contratos são assinados com as mesmas empresas tendo o mesmo objeto para a prestação de serviço (...).

(CÂMARA DOS VEREADORES DO RIO DE JANEIRO, 2019)

Além de propor salários menores, o governo Crivella também foi marcado por constantes atrasos salariais que ocorreram principalmente nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2017 a 2019, sob a justificativa de falta de recursos no orçamento municipal e do fechamento do tesouro do município. Durante os quatro anos desse governo, houve intensa mobilização dos sindicatos da saúde, dos médicos (SINMED-RJ), enfermeiros (SINDENF-RJ), agentes comunitários de saúde (SINDACS) e técnicos de enfermagem (SATEMRJ) e de movimentos de trabalhadores unidos como o “Nenhum Serviço de Saúde a Menos”, junto ao Tribunal Regional de Justiça do Trabalho e ao Ministério Público buscando a garantia do pagamento dos salários e benefícios (SAFFER; MATTOS; REGO, 2020).

Vale destacar que, com a Reforma Trabalhista de 2017 (Lei 13.467 de 13 de julho de 2017), empreendida no governo do presidente Michel Temer, empossado após o *impeachment* de Dilma Rousseff, a atuação dos sindicatos trabalhistas foi severamente dificultada pelo fim da obrigatoriedade da contribuição sindical, estando esta facultada pela autorização expressa do trabalhador ao empregador. Fonseca (2021) destaca que pelo menos duas reformas acompanharam a gestão Crivella, viabilizando o desmonte estratégico na saúde através do ataque aos direitos trabalhistas:

A saúde do município do Rio de Janeiro, portanto, vem experimentando ao longo dos anos fragilidades nas modalidades de contratação, efeito da conjuntura mais ampla do neoliberalismo que afeta também os serviços públicos de saúde. Antes do governo Eduardo Paes, a fragilidade se

expressava pelos contratos irregulares; durante o governo Eduardo Paes, houve a escolha política das Organizações Sociais, utilizando como modalidade de contratação a CLT – sem assegurar o cumprimento da totalidade dos direitos previstos; e no governo Marcelo Crivella, mantiveram-se as OSs e a contratação por CLT, introduzindo flexibilizações propiciadas pela reforma trabalhista e pela lei da terceirização de 2017. (FONSECA, 2021, p.5)

A Reforma Trabalhista de 2017 trouxe diversas alterações à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), dentre elas a prevalência do acordo coletivo sobre a lei no que diz respeito à jornada de trabalho, banco de horas, representatividade dos trabalhadores, insalubridade, intervalo interjornada, entre outros. A Lei 13.467/2017 dispõe ainda sobre a regularização do trabalho intermitente, descrevendo sua operacionalização, bem como descreve as normas para a fragmentação e cessão de férias (BRASIL, 2017). Nota-se, ao longo do texto da lei, um esforço para tornar claro que boa parte do que está sendo proposto só há de se concretizar na prática mediante comum acordo entre o empregador e o empregado, como se dispusesse sobre um acordo entre partes igualmente representadas. Desconsidera, portanto, a assimetria de poder presente nesta relação e que é determinante na maioria das negociações e disputas neste campo, mesmo quando em situações em que há coletivos organizados de trabalhadores.

Também no ano de 2017, alguns meses antes foi promulgada a Lei 13.429, que ficou conhecida como Lei da Terceirização. A principal novidade trazida pela nova lei é a permissão e regulamentação da terceirização das atividades-fim (serviços). A lei deixa claro ainda no segundo parágrafo do Artigo 4º- A:

Art. 4º-A:

[...]

§ 2º Não se configura vínculo empregatício entre os trabalhadores, ou sócios das empresas prestadoras de serviços, qualquer que seja o seu ramo, e a empresa contratante. (BRASIL, 2017)

Cabe ainda ressaltar que, segundo os dados levantados no estudo junto à plataforma SIOPS sobre o orçamento da saúde, o ano de 2017 exibiu o menor valor absoluto em despesas totais com saúde, totalizando R\$ 221.592.159,09, valor que representa 20,27% do total gasto em 2016, compreendendo um momento crítico de desfinanciamento na saúde do município. Sobre a atenção primária especificamente, destaca-se o ano de 2019, que exibiu um percentual de repasses (calculado sobre o total de despesas com saúde) de 32,40%, o menor desde 2008.

Em diversos momentos de sua gestão o prefeito Marcelo Crivella mencionou não haver crise na saúde quando questionado sobre as dificuldades enfrentadas nas unidades de atenção primária, secundária e terciária no município. Sua resposta, por mais de uma vez, foi de que a crise não era da prefeitura, ou das unidades “da prefeitura”, mas que se tratava de uma crise “das Organizações Sociais de Saúde” (O GLOBO, 02/12/17; RJTV, 26/10/18). Estas afirmações públicas traduzem a compreensão de completa desvinculação dos trabalhadores da saúde por meio da administração indireta, desresponsabiliza o ente público e por conseguinte, o trabalhador contratado se vê então em uma situação sem paralelo: contratado por um intermediário privado para trabalhar em um ambiente público, confrontado pela fragmentação institucional que se interpõe quando nenhum dos entes se responsabiliza por seus direitos.

Como aponta Fonseca (2020), esse fenômeno pode ser compreendido como uma verdadeira “Uberização” na saúde, caracterizando uma transformação nas relações de trabalho onde há um forte estímulo ao esforço pessoal e ao empreendedorismo, responsabilizando do trabalhador pelo seu sucesso profissional e esvaziando de sentidos a noção de responsabilidade trabalhista e social do ente contratante. Esse fenômeno deriva da empresa privada Uber de transporte particular por aplicativo de celular, que coloca os seus trabalhadores em posição de parceiros, mantendo com estes um vínculo tão frágil que sequer pode ser visto como um contrato de trabalho, e sim como uma parceria bilateral em acordo de termos.

No que diz respeito à abertura para novas modalidades de contratação de trabalhadores na saúde, destaca-se a contratação de trabalhadores pela empresa Doctor Vip Brasil, nas modalidades de contratação de pessoa jurídica e sociedade em conta de participação, esta última podendo ser vista como uma releitura das antigas cooperativas de trabalhadores na saúde, sem direitos e sem segurança jurídica. Conforme consta no site da Doctor Vip Brasil:

A natureza jurídica do contrato a ser celebrado é em Sociedade em Conta de Participação (SCP) tendo sendo fundamentado pelos os artigos 991 a 996 do Código Civil (Lei 10.406/2002), a Sociedade em Conta de Participação consiste em um tipo societário firmado entre o sócio ostensivo e os sócios participantes, não gerando vínculo empregatício de que trata a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT entre o profissional de saúde e a empresa DOCTOR VIP. (DOCTORVIPBRASIL, 2021)

Além da introdução da Doctor Vip Brasil, destaca-se a atuação da associação sem fins lucrativos de direito privado denominada Centro de Estudos e Pesquisas 28

(CEP28). Como aponta Fonseca (2020), dos quatro documentos obrigatórios a serem disponibilizados ao acesso público (contrato de gestão, estatuto, regulamento de gestão de pessoal e edital completo) apenas o contrato de gestão pôde ser encontrado em documentos públicos da CEP28, denotando a falta de transparência do contrato. A associação foi responsável durante os anos de 2019 e 2020 pela gestão da Área Programática 4.0 que compreende Jacarepaguá, Barra da Tijuca e áreas vizinhas, tendo, durante esse período, em uma renovação de contrato emergencial com a prefeitura por 180 dias, trocado seu nome para Centro de Excelência em Políticas Públicas. Em janeiro de 2020 a empresa promoveu uma demissão massiva dos funcionários celetistas, readmitindo aqueles que aceitaram a nova modalidade de contratação por pessoa jurídica, sem os direitos trabalhistas outrora garantidos.

Os efeitos gerados pelo desmonte promovido nos serviços de atenção primária no Rio de Janeiro foram de grande escala. No início do governo Marcelo Crivella, a cidade do Rio de Janeiro contava com uma cobertura de Estratégia de Saúde da Família de 59,47% (dez/2016) e ao final da gestão a cobertura era de 39,6%, de acordo com dados da plataforma e-Gestor (dez/2020), uma redução de quase 20%, ou seja, aproximadamente 1.300.000 cariocas (IBGE, 2012) ficaram desassistidos.

A presente dissertação postula que essas mudanças na organização do serviço público são estruturantes, e traduzem o reposicionamento completo da filosofia que orientou a política de gestão do trabalho no Estado brasileiro, limitando a própria realização do SUS. A introdução dessas novas formas de contratação laboral, abertas desde os anos 1990, estabelece o ambiente adequado para uma radical reestruturação do Estado, podendo ser compreendido como uma ambiciosa reforma trabalhista.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS

Compreender a questão da precarização dos vínculos de trabalho na atenção primária no município do Rio de Janeiro a partir de uma perspectiva histórica se faz importante à medida que permite a reconstrução de um cenário político-institucional onde este trabalho localizou, no projeto político neoliberal, as ideias da Nova Gestão Pública, e mapeou sua penetração em diferentes contextos, adaptando-se a diferentes realidades.

Nesse sentido, foi observado que, muito embora seja possível localizar a gênese das ideias da Nova Gestão Pública no governo de Margaret Thatcher, os mesmos preceitos vão ser percebidos na gestão de Tony Blair, cuja orientação política era supostamente oposta. Hall (2003) esclarece que a proposta política do Partido Trabalhista inglês nos anos 1990, ao contrário do que se supunha pode ser compreendida como uma continuidade do projeto neoliberal iniciado no governo Thatcher (1979-1990). O autor traz, ainda, a importante perspectiva de que a gestão de Margaret Thatcher se ocupou de enfraquecer e atacar o Estado de bem-estar social e sua base sindical, ficando a cargo do *New Labour* de Tony Blair a tarefa de desconstruí-lo.

Stuart Hall (2011) chama a atenção para a transversalidade das ideias neoliberais da Nova Gestão Pública, quando observadas as características dos diferentes governos sob os quais elas se moldaram. Em que pesem as semelhanças já apontadas entre os dois projetos políticos, o governo de Margaret Thatcher é notadamente marcado por uma postura abertamente radical, interna e externamente, inviabilizando projetos e propostas que outrora compunham a estrutura do Estado de bem-estar social britânico. Tony Blair, por sua vez, vai adotar uma posição mais inclinada à conciliação e mediação, especialmente em questões internas, tendo como diretriz as teses da chamada 'terceira via', cujo principal intelectual veio a ser Anthony Giddens (1998). Modernização e desenvolvimento também estiveram frequentemente presentes nas falas do primeiro-ministro.

Essas duas temporalidades do neoliberalismo também podem ser percebidas nos Estados Unidos, no governo de Ronald Reagan (1981-1989), aliado de Margaret Thatcher, em que os direcionamentos e definições vão se situar no mesmo espectro político do radicalismo liberal e de confronto da primeira ministra britânica sendo

sucedido pelo governo do republicano George H. W. Bush (que, em certa medida, vai dar continuidade ao projeto de Reagan da mesma forma que o sucessor direto de Thatcher, John Major). No governo do democrata Bill Clinton (1993-2001), o confronto vai ser substituído pelo empreendimento de políticas de pactuação, em sua maioria de alta aceitação pública, com tendência ao centro político da época. Cabe ressaltar que, da mesma forma que Blair não representou uma ruptura com o projeto neoliberal iniciado nos anos 1970, o governo de Clinton também apresenta características em comum com o de Ronald Reagan, sugerindo continuidade. Albo (2001) avalia que as políticas de Bill Clinton representaram o cumprimento dos principais objetivos do que chama de “Revolução Reagan”.

A política orçamentária de Clinton, a abertura de mercado, a redução de impostos e o *Welfare Act* de 1996 (que vai estabelecer normas aos estados para a provisão de recursos às famílias mais pobres, reduzindo drasticamente o número de beneficiários) vão, de acordo com o autor, representar a ruptura completa com o *New Deal* e o keynesianismo, um dos objetivos primordiais do programa de Reagan (e mesmo de Clinton, cuja promessa de campanha era “*to end welfare as we know it*”).

No Brasil, este trabalho procurou apresentar, esse movimento dual na política vai ser percebido no início dos anos 90 com as primeiras eleições pós-redemocratização. O governo do presidente Fernando Collor de Mello, filiado ao Partido da Reconstrução Nacional (PRN), vai exibir características de embate e radicalização das ideias liberais, empreendendo um amplo programa de privatizações, retenção de recursos financeiros, abertura da economia, entre outros.

Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), eleito presidente em 1994 pelo Partido da Social Democracia Brasileira, teve dois mandatos marcados por discursos e ações que imprimem uma certa contraditoriedade, que como visto são característica dos governos neoliberais que optam por buscar se legitimar também por meio de posturas mais conciliadoras. Fernando Henrique vai desenvolver a maior campanha de privatizações da história do país (dando continuidade ao que se iniciou com Collor), conforme prescrito pelo Consenso de Washington. Ao mesmo tempo vai instituir a Rede de Proteção Social, programa de redistribuição e transferência de renda a famílias vulneráveis. Um exame mais cauteloso vai revelar que o próprio Plano Diretor de Reforma do Estado de Bresser-Pereira vai ser construído sobre uma estratégia de convencimento bem elaborada e não a partir de

uma imposição radical (embora seja possível identificar um certo fatalismo e determinismo histórico no discurso - aos moldes do “*there is no alternative*” thatcherista. Esse aspecto determinista, como foi abordado em outros momentos deste texto, vai se apresentar como traço teórico persistente nas experiências neoliberais analisadas, exibindo características de uma estrutura ideológica.

O presente estudo se interessou em recuperar esse quadro político já que o processo de desconstrução do Estado de bem-estar social que dará lugar ao projeto neoliberal de Estado cria as condições adequadas para que o trabalho ocupe um novo lugar na sociedade. Seja em um governo neoliberal declarado ou em um governo inclinado à mediação, os direitos trabalhistas parecem estar colocados de tal forma a submeter-se ora ao mercado ora ao interesse público, este último muitas vezes balizado pelo próprio projeto neoliberal.

Este trabalho conclui essa linha de pensamento com o caso do Rio de Janeiro, no qual também será possível observar esse movimento pendular. O governo Paes vai apresentar características políticas que tendem ao centro, em uma espécie de “neoliberalismo progressista” (RODRIGUES, 2020), podendo ainda ser interpretado como uma projeção da terceira via descrita por Anthony Giddens. Independentemente da categorização, é notável que houve esforço desta gestão em abarcar em suas cadeiras representantes de distintos partidos políticos e que a mesma acenou tanto à esquerda quanto à direita, sendo o próprio projeto da Reforma dos Cuidados em Atenção Primária um grande exemplo disso: progressista em sua concepção (ofertar cuidados primários a todos) e liberal em sua operacionalização (viabilizado através contratos com OS, tendo componentes como *accountability* e pagamento por performance, tidos como inovações).

A eleição de Marcelo Crivella vai representar uma outra direção no projeto neoliberal em curso, mas não necessariamente uma ruptura. Como foi analisado neste trabalho, em que pesem as diferenças políticas entre os dois gestores, em especial no conservadorismo de Crivella e na arbitrariedade de muitas de suas medidas, sua gestão vai extrair características neoliberais, em especial na gestão do trabalho, da gestão Paes e radicalizá-las, inaugurando uma relação de franco confronto para impor seus objetivos. Um exemplo disto é o aprofundamento da precarização dos vínculos de trabalho na saúde através da expansão do modelo das OSS e introdução de novos tipos de contrato.

Essa análise joga luz sobre um aspecto importante do neoliberalismo, que estrutura este trabalho. Neste trabalho foi exposto, através de exemplos na Inglaterra, Estados Unidos, bem como dos executivos federal e municipal do Rio de Janeiro, que é possível dar continuidade a um projeto político através de gestões ideologicamente opostas. Da mesma forma que as ideias neoliberais “sobreviveram” às mudanças ideológicas características deste movimento pendular, assim o fizeram os preceitos da Nova Gestão Pública, encontrando espaço na administração pública em todos os governos acima descritos. Isso revela sua condição de hegemonia política (HALL, 2011).

O caso do Rio de Janeiro, quando analisado comparativamente com Belo Horizonte – que apresenta números de cobertura de atenção primária historicamente altos distribuídos ao longo do tempo, com taxas de investimento relativamente menores – suscita questões. Diante do cenário encontrado em 2009 no município do Rio de Janeiro (baixa cobertura de atenção primária, problemas na rede) a introdução do modelo das Organizações Sociais na atenção primária era a alternativa mais adequada? Considerando o exposto, e levando em conta que a administração direta sofria há anos com desinvestimento e desmoralização, quais possíveis definições poderiam ter sido traçadas a partir da demanda colocada?

A partir das análises já abordadas feitas por Sérgio Arouca que, diagnosticando a baixa cobertura de atenção primária sugeriu uma ampliação massiva da rede, e como forma de contornar o problema dos recursos humanos propôs a utilização dos profissionais concursados, valorização, capacitação e concurso público, seria este um caminho viável e que poderia levar a uma expansão massiva e célere como a que foi observada no primeiro mandato de Eduardo Paes?

Não parece ser possível responder a essa última pergunta com precisão, entretanto algumas variáveis precisam ser consideradas. A análise apresentada no presente estudo mostrou que o modelo das Organizações Sociais foi introduzido sob a justificativa de maior eficiência, economia, mais rapidez nas contratações e compras de material e mais transparência. Na prática, o observado é que não há real economia, e no quesito transparência há, também, muitos problemas (Fonseca, 2020).

Entretanto, o mais importante sobre este processo foi demonstrado, na prática, na gestão Crivella. O modelo de gestão por Organizações Sociais é frágil, na medida em que o governo vigente pode decidir demitir 184 Equipes de Saúde da

Família e executar rapidamente, gerando grave desassistência ao mudar o modelo das equipes, sobrecarregando as equipes restantes. Esse aspecto revela a mais grave característica do modelo de gestão por Organizações Sociais que é a desapropriação do bem ou serviço público. Um serviço público gerido por Organizações Sociais não é inteiramente público, não pode ser considerado um patrimônio da população, na medida em que este ou aquele governo pode facilmente desmontá-lo por meio da desmobilização de seus trabalhadores, ou mesmo sucateamento de seus espaços.

É característico da gestão por Organizações Sociais a alta rotatividade de profissionais, que ficou mais evidente na gestão Crivella com os atrasos e reduções salariais, bem como as condições críticas de trabalho nas Unidades de Atenção Primária. Esse é um ponto central em que é possível observar que uma expansão da atenção primária protagonizada por funcionários da administração direta poderia apresentar um cenário diferente.

Tendo aferido os efeitos negativos que esta iniciativa promoveu na efetivação da Estratégia de Saúde da Família como política permanente de assistência à saúde, é necessário avançar no debate e buscar subsídios para que outras alternativas possam ser consideradas. Este trabalho pretende cumprir essa função, ainda que projetar uma possível nova reforma na atenção primária à saúde exija uma análise cuidadosa da atual conjuntura.

Após a gestão Crivella (2017-2021), Eduardo Paes foi novamente eleito prefeito da cidade do Rio de Janeiro, iniciando seu terceiro mandato pelo partido Democratas (DEM). Em entrevista à CNN, em 03/11/2020, ainda candidato, Paes foi questionado pelo entrevistador sobre qual é a melhor alternativa para administrar a saúde municipal, fazendo referência aos recentes escândalos dos contratos com Organizações Sociais no governo estadual e sugerindo a administração direta como caminho possível. Paes responde à pergunta afirmando ser um compromisso de governo reduzir a atuação das Organizações Sociais, que segundo o mesmo não existem em número suficiente para atender a demanda operacional imposta pela ampliação da rede de assistência à saúde e em alguns casos são administradas por empresários “travestidos” de Organizações Sociais, que praticam delitos conforme visto no governo do Estado. Como alternativa às Organizações Sociais, o então candidato a prefeito vai propor ampliar a atuação da Empresa Pública de Saúde

RioSaúde, criada no final de sua primeira gestão. Ainda nesta entrevista, Paes vai chamar a RioSaúde de “OSS pública”.

Após um ano da gestão Paes, o que se observa com relação a este projeto de governo é que ele não se consolidou na prática. Áreas Programáticas antes administradas pela RioSaúde voltaram a ser administradas por Organizações Sociais, bem como hospitais municipais.

É observando esse padrão repetitivo que se apresenta no cenário da saúde pública, com a introdução dos ideais gerenciais da Nova Gestão Pública, que urge a necessidade de propor alternativas que realmente representem uma ruptura com esse processo. Para tanto, cabe compreender o papel das instituições na articulação e implementação das estratégias de consolidação do SUS.

O processo de municipalização e regionalização da assistência à saúde, deflagrado com a criação do SUS em 1990, impactou de diversas formas os municípios e estados, e de forma bastante heterogênea. Conforme visto anteriormente, no caso do Rio de Janeiro, esse processo vai se dar de forma lenta e conflituosa, devido à discrepância do tamanho da rede assistencial federal a ser assumida pelo município e a capacidade operacional da secretaria municipal.

No que tange à atenção primária, cabe ressaltar que a demanda pelo desenvolvimento e expansão da rede veio acompanhada de políticas de investimento e incentivo financeiro federais. Merece destaque a NOB SUS 96, operacionalizada em 1998, e o PROESF, iniciado em 2002, porém parece ser consenso que a expansão induzida por essas políticas também se consolidou de forma heterogênea, sendo observado um aumento de cobertura de Estratégia de Saúde da Família muito mais expressivo em municípios de pequeno e médio porte (CAETANO, 2002 e LIMA, 2014).

O desafio posto para os grandes centros urbanos é multifatorial. O desenvolvimento da atenção primária à saúde, como já foi visto, demanda um alto número de profissionais de diversas categorias, mas não se trata de uma demanda apenas quantitativa. Há que se investir em qualificação profissional através de programas de especialização, residência e educação permanente em saúde da família e comunidade, de forma a garantir que os atributos essenciais desta atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado sejam imperativos da prática. Como foi exposto no primeiro capítulo, Arouca estava

consciente desse fato ao lançar suas propostas de expansão massiva da rede com trabalhadores da administração direta.

Reconhecendo a complexidade da problemática apresentada, o presente estudo entende ser inadequado pensar em uma solução única. Pode-se, entretanto, baseados nas análises realizadas neste trabalho, indicar que o caminho para a construção de uma atenção primária com capacidade assistencial universal e permanente passa por: (i) uma maior integração e articulação entre os entes federados; (ii) pela formulação de políticas que busquem contemplar as particularidades locais, tendo em vista a grande heterogeneidade entre os municípios; (iii) garantia de vínculos estáveis de trabalho na saúde com proteção aos direitos trabalhistas e (iv) infraestrutura adequada nos ambientes de trabalho, bem como provisão adequada de insumos, materiais e medicamentos. Muitos são os desafios postos para que essas prerrogativas se consolidem, dentre eles a coordenação (entre níveis e federal, principalmente), o financiamento e o aparato legal, relacionado diretamente com os dois primeiros.

Ainda sobre o governo federal, sua atuação junto aos municípios, no que diz respeito ao apoio à expansão da cobertura da atenção primária, pode se dar de duas formas: (1) pela indução, através de repasses diretos e incentivos, programas de qualificação e aperfeiçoamento, entre outros, e (2) pela provisão direta de serviços e recursos humanos. Um grande exemplo de provisão direta foi o programa Mais Médicos, lançado em 2013 no governo de Dilma Rousseff, que levou aproximadamente 15.000 médicos para áreas onde havia dificuldade de lotação e fixação de profissionais. O programa, que contava ainda com outros eixos estratégicos, como a criação de vagas de graduação e residência e investimento em infraestrutura, atuou na formação dos profissionais vinculados ao programa, estabelecendo um modelo de educação permanente com certificado de pós-graduação em Saúde da Família ao final de dois anos.

Este tipo de estratégia condiz com o que esta dissertação pondera quando destaca a centralidade dos vínculos de trabalho para o sistema de saúde brasileiro.

A introdução das ideias da Nova Gestão Pública na administração pública, em especial no tocante aos vínculos públicos de trabalho e a sua viabilização através de leis e decretos que irão ganhar forma e força nos anos 1990 e 2000, vai abrir precedentes nos municípios para a legitimação da administração indireta, do gerencialismo e da terceirização.

O presente estudo entende que, da mesma forma que o impulso inicial partiu do governo federal, através da tese de Bresser-Pereira (ainda que a disseminação das ideias do estado gerencial não tenha se dado através de uma fonte única), um novo direcionamento ou posicionamento político quanto ao lugar do trabalho na administração pública também parece fazer mais sentido quando compreendida enquanto política nacional. Em outras palavras, o enfrentamento da precarização dos vínculos de trabalho, terceirizações e outras perversidades derivadas na Nova Gestão Pública é uma responsabilidade dos três entes federados, porém cabe ao governo federal a coordenação desse processo e o desmonte ideológico do Estado gerencial.

Cabe aos governos estadual e municipal a compreensão de que é necessário investir em uma rede de saúde permanente e que isto não é viável através da administração indireta, com vínculos de trabalho flexíveis. A atenção primária, porta de entrada do sistema de saúde, responsável pela coordenação do cuidado dos usuários, não pode estar sujeita a trocas constantes de contratos de administradoras diferentes, alta rotatividade de profissionais, sucateamento dos serviços e outras adversidades que são características da gestão por Organizações Sociais. Para que esta atenção primária seja, efetivamente, um serviço longitudinal, resolutivo, que possa promover vínculo, há que se garantir sua presença e constância, não a reduzindo a um projeto de um governo específico.

Algumas crenças estão tão solidamente estabelecidas como uma representação coletiva, fruto de décadas da propaganda neoliberal, que sua desconstrução exigirá um amplo e complexo trabalho. Como foi observado neste estudo, a crença de que o servidor público é um funcionário desinteressado e que trabalha pouco (ou nada) traduz exatamente onde se posiciona o interesse público na atualidade. A narrativa foi construída de forma que o interesse público se voltasse contra os vínculos estáveis (no entendimento de que é ruim não poder demitir tais funcionários) e se posicionasse a favor de vínculos de trabalho cada vez mais flexíveis e precários. A valorização do servidor público, nos moldes do que foi proposto por Sérgio Arouca, é um dos primeiros passos para se enfrentar esta problemática.

Esta dissertação constatou que as reformas trabalhistas desencadeadas pela introdução das ideias da Nova Gestão Pública na administração pública foram desastrosas. No caso do Rio de Janeiro, essas transformações vão culminar em

uma expansão massiva da atenção primária, como planejou Arouca, mas sem as características primordiais por ele traçadas. A precarização dos vínculos de trabalho levou, em última análise, a uma queda na credibilidade da atenção primária carioca, por parte de trabalhadores e usuários, credibilidade essa ainda em construção, tendo em vista o longo histórico hospitalocêntrico do Rio de Janeiro. Considerar os elementos descritos para um reposicionamento político com relação à gestão da atenção primária no Rio de Janeiro é buscar uma alternativa para que a população carioca não precise conviver com o medo de não poder mais contar com o serviço, pois, como disse Sérgio Arouca em 1986 durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde: “Saúde é a ausência do medo”. No centro desse processo se encontra a valorização da carreira pública dos profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALBO, Gregory. Neoliberalism from Reagan to Clinton. *Monthly Review*, v. 52, n. 11. 1º abr. 2001. Disponível em: <<https://monthlyreview.org/2001/04/01/neoliberalism-from-reagan-to-clinton/>>. Acesso em: 19 mar. 2021.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de, e BRAVO, Maria Inês Souza. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2014, v. 12, n. 03, pp. 499-518. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00019>>. Acesso em: 27 mar. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 157 p. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Alternativas-de-Gerencia-de-Unidades-Publicas-de-Saude.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. Consolidação das Leis do Trabalho. Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a consolidação das leis do trabalho. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-5452-1-maio-1943-415500-normaatualizada-pe.html>>. Acesso em: 23 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm#art22](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm#art22)>. Acesso em: 18 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Emenda constitucional nº. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm#:~:text=EMENDA%20CONSTITUCIONAL%20N%2029%2C%20DE,e%20serviços%20públicos%20de%20saúde](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm#:~:text=EMENDA%20CONSTITUCIONAL%20N%2029%2C%20DE,e%20serviços%20públicos%20de%20saúde)>. Acesso em 23 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Emenda constitucional nº. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)>. Acesso em: 18 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019. 2019a. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm)>. Acesso em: 19 abr. 2021.

BRASIL. Decreto-lei nº. 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del0200.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm). Acesso em: 27 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 101, de 04 de Maio de 2000. *Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm). Acesso em: 22 abr. 2021

\_\_\_\_\_. Lei nº. 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. *Disponível em:* <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8080&ano=1990&ato=9f7gXSq1keFpWT905>. Acesso em: 21 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9790.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9790.htm). Acesso em: 23 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. *Disponível em:* [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm). Acesso em: 25 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 18 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 48p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 69). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contratacao\\_agentes.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contratacao_agentes.pdf). Acesso em: 21 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Mais saúde, direito de todos: 2008 – 2011, 2ª. Ed.* Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 100 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais\\_saude\\_direito\\_todos\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf). Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Fundação Estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) 16 p. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0862\\_M.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0862_M.pdf)>. Acesso em: 21 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2021.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. *A Reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle*. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. Cadernos MARE da reforma do estado; v. 1. 58 p. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno01.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Lua Nova: Revista de cultura e política*, [online], 1998 n. 45, 49-95. Publicado em 04 de ago. de 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-64451998000300004>>. Acesso em: 20 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. A nova centro-esquerda. *Revista Século XXI*, v. 2, p. 46-52, 1999. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/papers/1999/92NovaCentroEsquerda.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2021

\_\_\_\_\_. Uma nova gestão para um novo Estado. *Revista do Serviço Público*, 2001. V. 52, n. 1, p. 5-24. Publicado em 21 de fev. de 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.21874/rsp.v52i1.298>>. Acesso em: 23 mar. 2021.

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). Disponível em: <<https://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 21 mar. 2021.

CAETANO, Rosângela; DAIN, Sulamis. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis: revista de saúde coletiva* [online], 2002, v. 12, n. 1, p. 11-21. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312002000100002>>. Acesso em: 24 mar. 2021.

CÂMARA DOS VEREADORES DO RIO DE JANEIRO. Requerimento de Informações Parlamentar nº.: 1618 de 2019. Disponível em: <<http://www.camara.rio/atividade-parlamentar/processo-legislativo/legislatura-10/reginf>>. Acesso em: 18 abr. 2021.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera, COHN, Amélia e BRANDÃO, Ana Laura. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. *Ciência & Saúde Coletiva* [online].

2016, v. 21, n. 5, pp. 1351-1364. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.00242016>>. Acesso em: 23 abr. 2021.

CAZELLI, Carla Moura. *Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro*. 2003. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4767>>. Acesso em: 21 abr. 2021.

CNN. Política. Rio. *Eduardo Paes promete diminuir atuação das organizações sociais no Rio*. Rio de Janeiro: 3 nov. 2020. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/politica/rj-eduardo-paes-promete-diminuir-atuacao-das-oss-na-saude-e-combater-milicias/>>. Acesso em: 23 mar. 2021.

DASSO JÚNIOR, Aragon Érico. *Nova Gestão Pública (NGP): a teoria de administração pública do Estado ultraliberal*. Anais...Florianópolis: XXIII Encontro Nacional da Conpedi, 2014. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=d05c25e6e6c5d489>>. Acesso em 28. abr. 2021

DOCTOR VIP BRASIL. Disponível em: <<https://www.doctorvipbrasil.net.br/trabalhe-conosco/>>. Acesso em 19. abr. 2021

DOREY, Peter. (2015). The Legacy of Thatcherism: Public Sector Reform. *Observatoire de la société britannique*, n.17, p. 33-60. Disponível em: <<https://doi.org/10.4000/osb.1759>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

FAGNANI, Eduardo. (2019). Equidade e regionalização da saúde na contracorrente. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2019, v. 35, n. Suppl 2. Publicado em 17 de out. de 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00120819>>. Acesso em: 23 mar. 2021.

FIORI, José Luís. Estado de bem-estar social: padrões e crises. Instituto de Estudos Avançados, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 1997, 18 p. Disponível em: <<http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/fioribemestarsocial.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

FONSECA, Júlia Matos da. *Relações de trabalho na atenção primária à saúde gerida pelas Organizações Sociais de Saúde no município do Rio de Janeiro no período de 2009 a 2019*. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em:<<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46288>>. Acesso em: 23 mar. 2021.

\_\_\_\_\_; LIMA, Sheila Maria Lemos; TEIXEIRA, Márcia. Expressões da precarização do trabalho nas regras do jogo: Organizações Sociais na Atenção Primária do município do Rio. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 130, p. 590-602, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202113003>>. Acesso em: 21 abr. 2021

HALL, Stuart. New Labour has picked up where Thatcherism left off. *The Guardian* (Versão Online Internacional) 06 ago. 2003. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/politics/2003/aug/06/society.labour>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. The neo-liberal revolution. *Cultural studies*, v. 25, n. 6, p. 705-728, 2011. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09502386.2011.619886>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Brasileiro de 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=sobre>>. Acesso em: 20 abr. 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estimativa populacional anual do IBGE*. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>>. Acesso em: 22 maio 2022.

JORNAL O GLOBO. Rio. *Diferentemente do que Crivella diz, crise na saúde do município não se limita às OSS*. Rio de Janeiro: 02 dez. 2017. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/diferentemente-do-que-crivella-diz-crise-na-saude-do-municipio-nao-se-limita-as-oss-22141556>>. Acesso em 19 abril 2021

LIMA, Danielle Moreira de Castro. *Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade*. 2014. 157 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24463>>. Acesso em: 24 mar. 2021.

MENDES, Cristiano Garcia. Os discursos de Tony Blair: o conceito de terrorismo e as instabilidades de suas estruturas. *Contexto Internacional*, v. 32, n. 1, p. 179-204, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-85292010000100006>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

MENDES, Vera Lúcia Peixoto, TEIXEIRA, Francisco, & Lima, C. (2000). *O novo gerencialismo e os desafios para a administração pública*. In: Encontro Anual da Anpad, 24., 2000, Florianópolis. Anais... Florianópolis: Anpad, 2000. P.1 -13. Disponível em: <<https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/1032>>. Acesso em: 22 abr. 2021.

PINHO, José Antonio Gomes de. Reforma do aparelho do Estado: limites do gerencialismo frente ao patrimonialismo. *Organizações & Sociedade*, [online]. 1998, v. 5, n. 12, pp. 59-79. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1984-92301998000200003>>. Acesso em: 23 abr. 2021.

PIOLA, Sérgio Francisco, FRANÇA, José Rivaldo Mello de; NUNES, André. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2016, v. 21, n.

2, pp. 411-422. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10402015>>. Acesso em: 20 mar. 2021.

PLATAFORMA E-GESTOR. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 22 maio 2022.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. *Planejamento Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro 2009-2012*. Rio de Janeiro: 2009, 99 p. Disponível em: <[https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6616925/4178940/planejamento\\_estrategico\\_site\\_01.pdf](https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6616925/4178940/planejamento_estrategico_site_01.pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde, Subsecretaria de Atenção Primária. *Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro, RJ: SUBPAV, 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/11/REORGANIZACAO-DOS-SERVICOS-DE-ATENCAO-PRIMARIA-A-SAUDE-ESTUDO-PARA-OTIMIZACAO-DE-RECURSOS.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2021.

RAMOS, André Luis Paes e SETA, Marismary Horsth de. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2019, v. 35, n. 4. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00089118>>. Acesso em: 23 abr. 2021.

RIO DE JANEIRO (Município). Decreto nº. 30.780, de 2 de junho de 2009: Regulamenta a Lei Municipal nº 5026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Disponível em: <[https://smaonline.rio.rj.gov.br/legis\\_consulta/31547Dec%2030780\\_2009.pdf](https://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/31547Dec%2030780_2009.pdf)>. Acesso em: 29 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. Decreto nº. 46.279, de 30 de julho de 2019: Dá nova redação ao art. 4º do Estatuto Social da Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro S/A – RioSaúde. Disponível em: [http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5288839/4256325/EstatutoRioSaude\\_Dec46279\\_2019.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5288839/4256325/EstatutoRioSaude_Dec46279_2019.pdf). Acesso em: 21 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 5.586 de 28 de maio de 2013: Autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro – RIOSAÚDE e dá outras providências. Disponível em: <<http://mail.camara.rj.gov.br/Apl/Legislativos/contlei.nsf/3f9398ab330dbab883256d6b0050f039/df36d41541d215c803257b79006b34f9?OpenDocument>>. Acesso em: 28 mar. 2021.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon *O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. 2000. 265 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2000. Disponível em: <<https://saudecomunista.files.wordpress.com/2014/06/o-banco-mundial-e-as-politicas-de-saude-nos-anos-90-rizzotto.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2021.

\_\_\_\_\_; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde e Sociedade* [online]. 2016, v. 25, n. 2, pp. 263-276. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902016150960>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

RJ TV 1. *Crivella responsabiliza Organizações Sociais por falta de pagamento na Saúde*. Rio de Janeiro: 26 out. 2018. Disponível em: <<https://globoplay.globo.com/v/7116220/>>. Acesso em 19 abril 2021.

RODRIGUES, Theófilo. O Secretariado de Eduardo Paes e o Neoliberalismo Progressista: Primeiras Impressões. *Revista Escuta*. 9 dez. 2020. Disponível em: <<https://revistaescuta.wordpress.com/2020/12/09/o-secretariado-de-eduardo-paes-e-o-neoliberalismo-progressista-primeiras-impressoes/>>. Acesso em: 20 mar.2021.

SAFFER, Denis Axelrud; MATTOS, Leonardo Vidal; REGO, Sábata Rodrigues de Moraes. Nenhum Serviço de Saúde a Menos: movimentos sociais, novos sujeitos políticos e direito à saúde em tempos de crise no Rio de Janeiro, Brasil. *Saúde em Debate* [online]. 2020, v. 44, n. spe1, pp. 147-159. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020S113>>. Acesso em: 22 abr. 2021.

SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Revista de Administração de Empresas* [online]. 2008, v. 48, n. 3, pp. 64-80. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-75902008000300007>>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SANTOLIN, Roberto; JAYME Jr., Frederico Gonzaga; REIS, Júlio César dos. Lei de Responsabilidade Fiscal e implicações na despesa de pessoal e de investimento nos municípios mineiros: um estudo com dados em painel dinâmico. *Estudos Econômicos* (São Paulo) [online]. 2009, v. 39, n. 4, pp. 895-923. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-41612009000400008>>. Acesso em: 21 abr. 2021

SCHONS, Guilherme José. "There is no alternative": ataque ao bem viver, morte da alteridade e fim da história na atopia neoliberal. *Temporalidades: Revista discente do Programa de Pós-graduação em História da UFMG, Belo Horizonte, MG*, Edição 34, v. 12, n. 13. Set./dez. 2020. p. 436-459, Publicado em 31 de jan. de 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/temporalidades/article/view/25479>>. Acesso em: 26 mar. 2021.

SILVA, Fabiane Goulart dos Santos. *A atenção básica como eixo estruturador de um novo modelo de atenção: avanços e desafios*. 2010. 52 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Atencao\\_basica\\_como\\_eix](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Atencao_basica_como_eix)>

o\_estruturador\_de\_um\_novo\_modelo\_de\_atencao\_\_avancos\_e\_desafios/458>. Acesso em: 21 abr. 2021.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. Contrarreforma da Previdência Social sob o comando do capital financeiro. *Serviço Social & Sociedade* [online]. 2018, n. 131, pp. 130-154. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.134>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

SILVA, Vanice Maria da, LIMA, Sheyla Maria Lemos e TEIXEIRA, Marcia. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. *Saúde em Debate* [online]. 2015, v. 39, n. spe, pp. 145-159. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005396>>. Acesso em: 21 mar. 2021

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE (SIOPS). Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops>>. Acesso em 19. abr. 2021.

SORANZ, D., PINTO, L. F., PENNA, G. O. (2016). *Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, N. 5 p. 1327-1338. Disponível em: <<https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/eixos-e-a-reforma-dos-cuidados-em-atencao-primaria-em-saude-rcaps-na-cidade-do-rio-de-janeiro/15508>>. Acesso em: 24 mar. 2021.