



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro de Ciências Sociais  
Faculdade de Serviço Social

Lais Godinho Busquet Soares

**Gestão da Saúde no Brasil no Pós Impeachment de 2016: reflexões  
a partir dos instrumentos de gestão governamental e de  
planejamento do SUS**

Rio de Janeiro  
2019

Lais Godinho Busquet Soares

**Gestão da Saúde no Brasil no Pós Impeachment de 2016: reflexões a partir dos instrumentos de gestão governamental e de planejamento do SUS**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social

Orientador: Prof. Dr. Maurilio Castro de Matos

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CCS/A

S676

Soares, Lais Godinho Busquet.

Gestão da Saúde no Brasil no Pós Impeachment de 2016: reflexões a partir dos instrumentos de gestão governamental e de planejamento do SUS / Lais Godinho Busquet Soares. - 2019. 259 f.: il.

Orientador: Maurílio Castro de Matos. .

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social.

1. Política de saúde – Brasil – Teses. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 3. Política social – Brasil – Teses. I. Matos, Maurílio Castro de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. III. Título.

CDU 304(81)

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

---

Assinatura

---

Data

Lais Godinho Busquet Soares

**Gestão da Saúde no Brasil no pós Impeachment de 2016: reflexões a partir dos instrumentos de gestão governamental e de planejamento do SUS**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Trabalho e Política Social

Aprovada em 09 de agosto de 2019

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Maurilio de Castro Matos  
Faculdade de Serviço Social - UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Inês de Souza Bravo  
Faculdade de Serviço Social - UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria de Fátima Siliasky  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2019

## DEDICATÓRIA

Essa dissertação é, em sua singeleza, fruto de um esforço profundo, de uma dedicação sincera, das abdições mais sofridas, e de uma solidão acompanhada. Não estive sozinha.

Dedico a todos aqueles que, enquanto eu não estive, olharam a casa, regaram meu jardim, socorreram, fizeram meu jantar. Aos que abraçaram, acolheram, confortaram e animaram. Aos que embalaram meu filho e aos que preencheram os vazios que eu deixei.

Agradeço pelo apoio incondicional e incansável oferecido por meus pais, Elaine e Luiz; pelo carinho ofertado por Juliano, meu marido; pela presença fortificante da irmã, Luize; Ao meu filho, Tiago, que nasceu pra me fortalecer, me inspirou. E a todos os familiares e amigos que me motivaram.

## **AGRADECIMENTOS**

A presente dissertação de Mestrado contou com suporte dos diversos sujeitos envolvidos no seu processo de elaboração e construção.

Agradeço ao meu orientador, Dr. Maurilio Castro de Matos, que muito colaborou com este trabalho, sugerindo, participando, instruindo e revisando. Pelo auxílio com a bibliografia e na sugestão da banca examinadora.

Agradeço às integrantes da minha banca de avaliação, Dra. Maria Inês de Souza Bravo e Dra. Maria de Fatima Siliansky de Andreazzi pelo aceite, pela disponibilidade, pelas orientações e colaborações preciosas oferecidas desde o exame de qualificação.

Agradeço ao corpo de professores, Coordenação e demais membros componentes do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro pelo suporte educacional e nos demais trâmites envolvidos em todo o processo de formação.

## RESUMO

SOARES, Lais Godinho Busquet. *Gestão da Saúde no Brasil no pós Impeachment de 2016: reflexões a partir dos instrumentos de gestão governamental e de planejamento do SUS*. 2019. 259 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O presente trabalho, intitulado “Gestão da Saúde no Brasil no pós Impeachment de 2016: reflexões a partir dos instrumentos de gestão governamental e de planejamento do SUS”, trás um estudo acerca da gestão da Política de Saúde no Brasil à luz da teoria social crítica e da contextualização de categorias centrais ao debate: Estado, gestão no capitalismo, Política Social, gestão da saúde, Política de Saúde no Brasil. Trata dos temas em questão a partir do reconhecimento de sua determinação histórica e em sua intrínseca relação com o modo de produção capitalista. Tem como objetivo principal refletir sobre a dimensão ético-política (o campo das finalidades) que envolve o processo de gestão formal da saúde no Brasil em um contexto social particular da história brasileira: o governo de Michel Temer (pós-golpe de 2016 até o ano d 2018). O estudo contou com pesquisa bibliográfica acerca da fundamentação dos pressupostos teóricos de análise e com pesquisa documental (Instrumentos estatais de gestão governamental e de planejamento do SUS). Tendo como horizonte a defesa do SUS (Sistema Único de Saúde) constitucional, universal, integral, estatal, público e equânime, o presente estudo permite apontar que há uma relação entre os instrumentos de gestão governamental do período em análise e o processo de legitimação ideológica do desmonte do SUS, sinalizando uma direção ético-política alinhada à interesses do capital.

Palavras-chaves: Gestão governamental. Política de Saúde. Gestão da Saúde.

## ABSTRACT

SOARES, Lais Godinho Busquet. *Health Management in Brazil after the Impeachment of 2016: reflections on the government management and SUS planning instruments*. 2019. 259 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This paper, entitled “Health Management in Brazil after the Impeachment of 2016: reflections on government management and SUS planning instruments”, brings a study about the management of Health Policy in Brazil in light of critical social theory. The contextualization of main categories to the debate: State, management in capitalism, social policy, health management, health policy in Brazil. It deals with the subjects in question from the recognition of their historical determination and their tight relationship with the capitalist way of production. Its main objective is to reflect on the ethical and political dimension (the field of purposes) that involves the process of formal health management in Brazil in a particular social context of Brazilian history: the government of Michel Temer (after the coup of 2016 until 2018). The study included bibliographic research on the foundation of the theoretical assumptions of analysis and documentary research (State Instruments of government management and SUS planning). Based on the defense of the constitutional, universal, integral, state, public and equitable SUS (Unique Health System), the present study shows that there is a relationship between the government management instruments of the period under analysis and the process of ideological legitimation. Disassemble of SUS, signaling an ethical and political direction aligned with the interests of capital.

Keywords: Government Management. Health Policy. Health Management.



## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
1	<b>GESTÃO NO CAPITALISMO, ESTADO E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA</b> .....	18
1.1	<b>A Gestão: da Abordagem Geral ao seu Significado no Contexto do Capital</b> .....	18
1.2	<b>O Estado Capitalista e a Administração Pública</b> .....	25
1.3	<b>Particularidades do Estado e da administração pública no Brasil</b> .....	41
1.3.1	<u>A Contrarreforma do Estado e administração pública gerencial - uma análise crítica e o neoliberalismo em questão: modernização administrativa ou restrição da dimensão universal do Estado?</u> .....	59
2	<b>POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL NO CONTEXTO DO DESENVOLVIMENTO DO CAPITAL, DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DAS RELAÇÕES SOCIAIS CAPITALISTAS</b> .....	70
2.1	<b>Políticas Sociais - Breves Linhas sobre o Significado da “Gestão Social”</b> .....	70
2.1.1	<u>Breves reflexões sobre o significado das políticas sociais no contexto da expansão capitalista</u> .....	74
2.2	<b>A Gestão Social de Políticas Sociais no Brasil- sua Relação Histórica com o Padrão de Regulação Social e de Desenvolvimento Econômico</b> .....	86
3	<b>GESTÃO EM SAÚDE E FORMAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	99
3.1	<b>Um Panorama da Formação da Política de Saúde no Brasil e Considerações Acerca do Recorte do Objeto de Análise</b> .....	99
3.1.1	<u>Definindo categorias de análise a partir dos princípios do SUS: conceito de saúde; controle social; relação público-privado; modelos de atenção..</u>	111
3.2	<b>A Contrarreforma da Política de Saúde no Brasil</b> .....	124
3.3	<b>Breve Análise de Conjuntura e Principais Marcos da Política de Saúde no Pós Golpe de 2016- Um Processo de Continuidade, Transição e Aprofundamento da Contrarreforma</b> .....	132

4	<b>GESTÃO DA SAÚDE E O PÓS-GOLPE DE 2016: REFLEXÕES A PARTIR DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO GOVERNAMENTAL E DE PLANEJAMENTO DO SUS.....</b>	144
4.1	<b>Apontamentos Iniciais sobre a Relação do Objeto de Pesquisa e os Pressupostos Teóricos de Análise.....</b>	144
4.2	<b>O Desenvolvimento da Gestão em Saúde e a Centralidade na Função Planejamento.....</b>	148
4.3	<b>Gestão em Saúde no Brasil e a Sistematização dos Instrumentos de Planejamento do SUS.....</b>	155
4.4	<b>A Definição do objeto de análise: os instrumentos de Planejamento da Saúde em sua relação com os instrumentos de gestão governamental.....</b>	164
4.4.1	<u>Reflexões sobre a gestão em saúde no Brasil a partir dos instrumentos de planejamento do SUS e de gestão governamental no pós-golpe de 2016.....</u>	173
4.4.2	<u>Algumas análises comparativas entre os instrumentos e considerações gerais.....</u>	205
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	241
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	251

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho se direciona a um debate sobre a gestão estatal no campo das Políticas Sociais, em especial a Política de Saúde no Brasil a partir dos chamados instrumentos de gestão do SUS<sup>1</sup> (que engloba instrumentos de gestão governamental e os instrumentos de planejamento do SUS). Entendendo que a gestão contém uma dimensão ético-política (finalística) que não é neutra e nem naturalmente dada, este trabalho objetiva refletir sobre a direção posta pelo Estado no âmbito da Política de Saúde, assumindo como pressuposto a relação entre o Estado, a gestão social e as Políticas Sociais com o processo de expansão do capital, e tem como horizonte a perspectiva de defesa do SUS - Sistema Único de Saúde enquanto estratégia do projeto de Reforma Sanitária, portanto, integral, universal, equânime, estatal, gratuito e de qualidade.

Considerando que a gestão estatal das Políticas Sociais expressa, em contextos distintos, o rearranjo das forças políticas, sociais e econômicas em disputa no contexto do capitalismo e nos espaços de poder, nosso objeto de pesquisa está circunscrito a um contexto histórico brasileiro muito particular, que envolve avanço do capital, estratégias de manutenção do poder e enfraquecimento da classe trabalhadora, que é período da gestão governamental de Michel Temer, no pós Golpe de 2016, que destituiu da Presidência da República, a Presidenta Dilma Rousseff, e que findou no ano de 2018.

Segundo Braverman (1987), a tendência de separação entre os processos de execução e os processos de concepção do trabalho e do processo de trabalho, típica do capitalismo, corrobora com a dinamização e o aprofundamento da alienação e da dominação também próprios desse modo de produção.

Tal tendência é perceptível no campo da saúde, em que o distanciamento entre o que se processa no campo do planejamento/gestão (concepção) e o que se estabelece nos espaços de implementação/execução dificulta a apreensão dos

---

<sup>1</sup> Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Instrumentos de Gestão do SUS. Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 60. Brasília, DF, 2002. Ministério da Saúde, Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSus): uma construção coletiva- trajetória e orientações de operacionalização. Brasília Distrito Federal- 2009

aspectos que se desdobram na sua precarização, de tal modo que a experiência de inserção profissional e, portanto, da objetivação do trabalho no campo da execução, permite vivenciar e evidenciar empiricamente o processo estrutural de sucateamento dessa Política Pública, mas, por si só, não oferece subsídios para compreender os processos através dos quais esse desmonte se realiza. A necessidade de compreender esse processo, bem como de pensar estratégias de atuação, coloca a exigência de realização de uma série de mediações que extrapolam o espaço das instituições de saúde e o imediatismo. Portanto, parte daí o interesse principal pelo estudo sobre a gestão estatal da Política de Saúde no Brasil.

A temática da gestão tem alcançado cada vez mais centralidade nas discussões no campo da saúde pública no Brasil, cuja concepção restrita e abstrata (enquanto potencial técnico de definição e adequação de meios para o alcance das finalidades postas, no melhor custo-benefício) tanto tem servido de justificativa para o ruim desempenho da saúde quanto se coloca como estratégia de superação dos gargalos dessa política. Ou seja, atribui-se à má gestão o ônus das péssimas condições da Política pública de Saúde, como também se atribui à ela a potencialidade de reverter esse quadro.

Pensando nisso, tendo em vista que o presente trabalho tem como horizonte a perspectiva da defesa intransigente do SUS constitucional entendido enquanto estratégia do movimento de Reforma Sanitária e como uma proposta que se relaciona com um determinado projeto societário (cuja perspectiva aponta para um certo grau de emancipação política, ainda que dentro da lógica do próprio capital), partimos do claro entendimento de que as contradições da política de saúde e a sua precarização são expressões da contradição própria do modo de produção capitalista, e discordamos, portanto, da centralidade que se tem atribuído à gestão (entendida como melhoria de processos, de forma restrita e pontual) como a causa das problemáticas do setor e como estratégia de reversão das mesmas.

Dessa forma, compreendemos que determinar qual a concepção de “gestão” estaríamos abordando cimentaria todo o rumo de nossa discussão. Assim, tendo por base uma abordagem teórico-metodológica pautada na teoria social crítica marxista, dialética, materialista e histórica (Netto, 2011), pensando na “gestão” como uma categoria conceitual, partimos da sua abordagem abstrata para pensá-la em sua determinação histórica no contexto do modo de produção capitalista. Dessa forma, nossa reflexão busca mediações no campo do pensamento social crítico que

relacionam gestão, Estado, administração pública, Políticas Sociais e expansão capitalista.

No contexto do capitalismo, entende-se o Estado como instância separada das relações de classe com fundionalidade voltada ao âmbito da reprodução social e de legitimação da dominação fundante, e a gestão, que abstratamente é entendida como a definição dos meios para o alcance de finalidades postas mas que também deve ser entendida como a definição racional das finalidades (dimensão ético-política), se particulariza no contexto do capital ao voltar-se à materialização das finalidades do próprio capital, numa concepção avessa a qualquer pretensa neutralidade. Nesse sentido, entendemos que no capitalismo, cujo modo de produção subordina as particularidades da vida, a finalidade da gestão, à priori, se volta aos objetivos do próprio capital (Souza Filho, 2013. Souza Filho e Gurgel, 2013).

Assim, para pensar na gestão no contexto do capitalismo, é preciso compreender, primeiramente, a finalidade do próprio capital e, sendo nosso objeto voltado especificamente à gestão de Políticas Sociais, é preciso avançar e pensar na gestão enquanto parte da própria estrutura administrativa do Estado e a relação que ela estabelece com o modo de produção capitalista nesse âmbito.

O modo de produção capitalista, pautado na indissociabilidade entre produção e reprodução social, supõe a existência de classes contrapostas, em que uma é detentora dos meios de produção e a outra é detentora do trabalho. Nessa relação social de produção está posta a contradição basilar do capitalismo, em que a classe que produz a riqueza está alijada do seu usufruto. Ou seja, a riqueza é socialmente produzida e privadamente apropriada, cujo objetivo desse modo de produção, sendo o lucro, a acumulação de capital e a expansão, se realiza a partir da extração de mais-valia proveniente do trabalho não pago (Marx, 1986,5). À esta relação social de produção contraditória, desigual e exploradora e suas expressões concretas na vida das pessoas dá-se a designação de “questão social” (Netto, 2001)

Cabe apontar que a direção prioritária do Estado dentro do modo de produção capitalista se direciona no sentido do fortalecimento das condições necessárias ao pleno desenvolvimento da expansão do capital. Ele se funda, na sociedade do capital, de sua separação em relação às relações de produção e à divisão de classes (Poulantzas, 2000), e compõe a superestrutura. Se estabelece como instância vinculada ao campo da reprodução social (não da produção propriamente

dita), e da dominação de classe, ocupando um lugar importante no que diz respeito ao ciclo de reprodução ampliada do capital, portanto do lucro, e de possibilidades de reprodução material da classe trabalhadora.

Considerando as expressões da “questão social” e a particularidade da função do Estado no capitalismo quanto aos processos de reprodução da classe trabalhadora, tanto no sentido material quanto ideológico, surge o debate sobre as políticas sociais, voltadas à criação de consenso e legitimação da dominação fundante, bem como às necessidades de reprodução da força de trabalho, e cumprindo, já no contexto do capitalismo monopolista, uma função ainda mais profundamente relacionada à expansão do capital por intermédio da sua vinculação ao setor de serviços em pleno crescimento. (Mandel, 1982). Nesse bojo, as Políticas Sociais se estabelecem como serviços sociais potencialmente atrativos para o capital via mercadorização (em que o Estado, enquanto gestor, cumpre função importante no processo de viabilização da transposição da lógica do serviço público estatal, para uma lógica de serviço privado sob o argumento de melhoria do serviço ao cidadão), e o capital também usufrui de possibilidades de expansão através da gestão indireta (entenda-se aquisição indireta) do fundo público por intermédio da relação público x privada (Silva, 2011)

Contudo, não deixamos de ressaltar que, apesar da função do Estado e da gestão governamental terem como direção original na sociedade do capital o aprofundamento da dominação e dos fins do próprio capitalismo, também se apresenta como espaço estratégico para as classes trabalhadoras, uma vez que, em face da necessidade de manutenção do consenso, da legitimação, da dominação e da reprodução social da classe trabalhadora, é latente que também atenda às necessidades e demandas dessa classe, se constituindo, assim, não só de uma dimensão voltada à dominação, mas de uma dimensão universalista a qual se restringe ou se amplia na razão direta das pressões feitas no âmbito das lutas de classe, fato evidenciado na histórica luta da classe trabalhadora por direitos e políticas públicas (Souza Filho, 2013).

Nesse sentido, buscamos defender a ideia de que o avanço e a expansão do capital via Políticas Sociais possui no Estado, em sua função de gestor, a sua principal mediação, posto que ele encerra as tendências e a direção sobre os destinos das Políticas Sociais, podendo estabelecer uma direção que aprofunda a

sua dimensão universalista ou que a restrinja, fortalecendo, de contrapartida, a acumulação e expansão do capital via Políticas Sociais e seus serviços.

Nossa pesquisa se pauta no esforço de trazer esses pressupostos teóricos, pautados na teoria social crítica e no método materialista, histórico e dialético, para o contexto da análise da gestão em saúde no Brasil, uma política pública gerida pelo Estado. Em especial voltamos nossas atenções para a gestão de Michel Temer no pós Golpe do ano de 2016 que destituiu do poder a Presidenta Dilma Rousseff, e se estendeu até o ano de 2018.

A definição do objeto de análise levou em consideração a lógica de que a gestão, voltada à realização de finalidades postas, se realiza a partir da combinação entre uma racionalidade instrumental e uma racionalidade ético-política (finalística). Partindo disso, objetivamos estudar a direção posta pela gestão governamental naquele período partindo justamente de sua estrutura formal e instrumental de gestão. Ou seja, objetivamos refletir sobre a dimensão ético-política (finalística) tendo como ponto de partida a dimensão instrumental.

Nesse sentido, foi fundamental conhecer não só a direção do Estado e da gestão no modo de produção capitalista, mas também a base da estrutura material e da expressão institucional do Estado burguês, em que foi dado destaque ao fato de que ele realiza a sua atuação e de que sua materialidade institucional se realizam através de uma estrutura burocrática normativa-formal-legal, ou seja, que a burocracia é a própria forma de ser do Estado no capitalismo. Com isso, as mudanças teórico-metodológicas que embasam a estrutura da Administração pública ao longo dos diferentes contextos sócio-históricos do desenvolvimento do capital não alteram a base fundamentalmente Burocrática do Estado capitalista, apenas a reorganiza em função da reorganização do próprio modo de produção capitalista e sua necessidade de expansão (Souza Filho, 2013)

Pensando dessa forma, realizamos um percurso analítico que buscou estudar a trajetória histórica e teórico-metodológica da gestão pública no Brasil e da gestão da saúde e a sua composição estrutural, legal, formal e normativa. Com isso, identificamos que a política de saúde no Brasil é gerida com centralidade na função “planejamento” e que, para além das influências de organismos internacionais (como a OPAS- Organização Pan- Americana de Saúde) e das teorias de gestão social (Luz, 2013), a gestão em saúde no Brasil possui reflexos latentes da própria estrutura da administração pública no país, marcada pelo seu processo histórico de

formação social patriarcal, patrimonialista, coronelista, bem como as marcas do processo de constituição da própria política de saúde no contexto da redemocratização e os parâmetros que sustentam o Sistema Único de Saúde (Teixeira, 1996, 2010).

E, quanto à estrutura formal, normativa, burocrática que direciona a gestão governamental da saúde no país, identificamos que ela se realiza, hoje, a partir dos chamados “instrumentos de planejamento do SUS”, que são elaborados e construídos periodicamente em consonância com a gestão governamental e sobre a estrutura metodológica do chamado planejamento estratégico, e a gestão da saúde concilia os instrumentos de gestão governamental e os instrumentos de planejamento do SUS.

O processo de sistematização da gestão e planejamento da saúde no Brasil se situa historicamente no contexto dos anos 2000, em meio à gestão dos governos PT (Partido dos Trabalhadores), mais especificamente após a elaboração do sistema de planejamento do SUS, o “PLANEJAUS”, em que um dos seus pressupostos foi o chamado “Pacto Pela Saúde” (2006).

Nesse sentido, o caminho de análise adotado nessa pesquisa diz respeito a uma opção metodológica que busca estudar a gestão da saúde cumprindo o próprio rito da gestão estatal que se centra na função do planejamento e na elaboração desses instrumentos de planejamento do SUS e de gestão Governamental.

A nossa análise sobre a gestão da saúde, partindo dos instrumentos de gestão, se pautou na perspectiva clara da defesa do SUS constitucional, de um sistema amplo, universal, equânime, estatal, integral, de qualidade, sintonizado com as possibilidades de emancipação humana e cujo modelo de atenção, pautado nesses princípios, vislumbra impacto verdadeiramente importante nas condições de vida e saúde da população (Malta, 2009)

Ao considerarmos a direção do SUS, seu processo de constituição, sua fundamentação jurídico-legal, seus princípios fundamentais e organizativos, nos deparamos com um campo de análise muito amplo e complexo, com diversas possibilidades de enfoque. Nesse sentido, estabelecemos que nossa pesquisa seria realizada a partir da seleção de algumas “categorias de análise”, todas com uma reflexão fundamentalmente pautada nos princípios constitucionais e da Reforma Sanitária: conceito de saúde, modelo de atenção, relação público – privado, controle social. Portanto, nossas análises se voltaram aos instrumentos de gestão do SUS,



na busca por refletir sobre a direção ético-política posta no período em análise, a partir da perspectiva de defesa do SUS constitucional e tendo como base essas categorias de análise previamente definidas.

O objeto em análise contou, ainda, com outras definições como, por exemplo, a escolha pela instância Federal de gestão, coisa que, ao termo do processo de descentralização orientado pela Constituição Federal de 1988 instrumentaliza a organização do SUS para que se efetive de forma também descentralizada político e administrativamente, e, nesse sentido, situa o Ministério da Saúde como um componente da estrutura estratégica do governo e a instância maior de organização do sistema e de definição das políticas de saúde, bem como concentrando a definição das intenções políticas que guiam a realização da saúde no Brasil, portanto, imprimindo na Política de Saúde a direção do próprio Estado/governo.

Outra definição do objeto de análise imprescindível diz respeito à sua delimitação temporal, uma vez que, sendo o objeto de pesquisa escolhido transitório e mutável, acreditamos que apresenta expressões particulares em cada contexto sócio, histórico e político. A escolha pelo período de gestão denominada como pós-golpe de 2016, portanto, gestão de Michel Temer, não é aleatória e se fundamenta no entendimento de que se trata de um momento histórico emblemático do país que tanto se materializou a partir de uma ampla articulação de forças políticas, sociais e econômicas quanto se articulou justamente em função da necessidade de redirecionamento das coligações de forças e da estrutura de poder em prol dos anseios de setores econômicos e políticos dominantes do país.

Tal golpe (golpe porque que não havia previsão legal que justificasse o processo de impeachment, assim como, o processo não seguiu o rito jurídico compatível com o Estado democrático de direito e teve como motivação fins não democráticos e escusos) se organizou e se estruturou se valendo e se pautando em discursos que iam desde o pretense combate à corrupção até as pautas moralistas, mas que, na realidade, se afinavam com as demandas do grande capital nacional e internacional e visavam estratégias de manutenção das estruturas dominantes e de poder, e se torna passível de aprofundamento, haja vista as indicações de que se constitui como período que remodela o Estado, a Administração pública e a gestão das Políticas Sociais no sentido do favorecimento mais radical do capital e de restrição das possibilidades de atendimento às demandas e necessidades da população.

Objetivando refletir sobre a direção posta pelo Governo no que se refere à Política de Saúde nesse período a partir dos chamados instrumentos de gestão do SUS, ao longo do processo de construção desse trabalho, levantamos algumas hipóteses, quais sejam:

1º- O Estado, em sua função de gestor, expressa, a partir de sua estrutura burocrática, técnico-racional e legal em saúde, uma dimensão ético-política (finalística) que aponta na direção da potencialização da acumulação do capital no atual contexto.

2º- Os instrumentos de gestão do período Temer possibilitam compreender quais as principais orientações governamentais que concretizaram na prática o aprofundamento do desmonte do SUS nesse período.

3º- A gestão governamental de Michel Temer direciona a saúde no sentido da radicalização da sua relação com o setor privado e de desmonte do SUS que repercute à curto e médio prazo.

O trabalho está dividido em duas partes e um total de 4 capítulos, mais a Introdução e as Considerações Finais. A Primeira parte se destina a tratar dos pressupostos teóricos e históricos das principais categorias em questão: Estado, Gestão (e administração Pública), e Políticas Sociais. E, em face da materialidade histórica dessas categorias, essa primeira parte se preocupou em discutir o seu significado no contexto do modo de produção capitalista, em âmbito geral e em suas particularidades no Brasil.

A segunda parte busca resgatar esses pressupostos teóricos e históricos de análise como base para refletir sobre os temas Política de Saúde no Brasil, gestão da política de Saúde e as particularidades do período em análise, ou seja, o contexto geral do governo Temer, finalizando com as análises provenientes das pesquisas sobre os Instrumentos de gestão do SUS durante a gestão Temer, com ênfase no ano-base 2018.

Em nossas considerações finais, tentamos elaborar alguns apontamentos sobre essas hipóteses, bem como ressaltamos que os “instrumentos de gestão do SUS” tem direção marcadamente ideológica ao flexibilizarem a concepção de saúde e o modelo de atenção em saúde e, conseqüentemente, propiciarem uma naturalização do desmonte do SUS e que reconhecer esse processo complexo através do qual se viabiliza a transposição da concepção de saúde de um bem universal de valor social inestimável e de responsabilidade irrestrita do Estado para

um bem passível de mercadorização é indispensável à toda e qualquer forma de resistência e luta no âmbito do trabalho das unidades de saúde.

Por fim, cabe ressaltar que A motivação principal dessa pesquisa parte dos impactos provocados pela experiência profissional e pela vivência no campo da saúde<sup>2</sup>, em que ao nos depararmos com a necessidade e as dificuldades de pensar estratégias de ação perante o quadro de recrudescimento da política de saúde e do sofrimento humano a ele relacionado, nos sentimos provocados a refletir sobre determinações que transcendem os espaços institucionais. Portanto, sem a menor pretensão de encontrar a solução das problemáticas vividas no campo prático operacional, nos voltamos ao debate sobre a gestão como forma de refletir o concreto para além da imediaticidade e dos espaços circunscritos às unidades de atendimento do SUS.

Tanto buscamos tensionar a concepção que se tem de gestão como algo estritamente instrumental, cujo enfoque se configura como estratégia do capital e que não repercute na melhoria do sistema do ponto de vista dos princípios constitucionais, quanto buscamos ratificar a importância de defesa irrestrita de uma concepção ampliada de saúde e de um sistema e modelo de atenção integral, universal, equânime, público e estatal, sem sucumbir aos discursos solucionistas e privatizantes. Coisa que repercute nas possibilidades de resistência e luta no contexto das próprias unidades de saúde do SUS e que demanda ter a clara compreensão de que o desmonte do SUS tem um aspecto marcadamente ideológico e legitimador.

---

<sup>2</sup> Inicialmente na condição de estagiária de Serviço Social, que resultou em elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso com abordagem da temática no debate da precarização da Política de Saúde. Posteriormente, a partir da realização de Pós-graduação Lato Sensu- MBA em Gestão da Saúde e Administração Hospitalar e, atualmente, a partir da inserção em campo de trabalho, atuando como Assistente Social do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ), desde 2015.

# 1 GESTÃO NO CAPITALISMO, ESTADO E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

## 1.1 A Gestão: da Abordagem Geral ao seu Significado no Contexto do Capital

Marx, em “Para a Crítica da Economia Política”, refere que o “concreto é concreto porque é a síntese de muitas determinações”, aparecendo no pensamento como processo da síntese. Portanto, seu método consiste em elevar-se do abstrato ao concreto, sendo uma maneira do pensamento se apropriar do concreto para reproduzi-lo como concreto pensado. Marx compreende que as categorias simples, existentes independentemente da historicidade, assumem complexidade em determinados contextos históricos e relações (Marx, 1986).

Cumprindo o percurso metodológico adotado por Marx, buscamos tratar a temática da gestão, central em nossa análise, partindo do seu sentido mais geral e abstrato, para, então, pensá-la concretamente, em suas especificidades no âmbito do capitalismo, da administração pública e no contexto das Políticas Sociais e de Saúde no Brasil.

Antes, porém, é preciso apontar que, assim como Souza Filho e Gurgel (2016), estamos tratando o termo “gestão” como sinônimo de “administração”. Nesse sentido, a definição geral desse termo<sup>3</sup> e que explicita os elementos gerais constitutivos da administração, pode ser resumida como “utilização racional de recursos para a realização de fins determinados”.

Contudo, a gestão/administração não abrange apenas a definição dos recursos adequados, mas também a definição das próprias finalidades que se busca alcançar. Tanto as finalidades quanto os recursos partem de uma definição racional, de um tipo de racionalidade.

Souza Filho e Gurgel (2016) resgatam em Paro (2006)<sup>4</sup> a ideia de uma racionalidade composta por uma dupla dimensão, uma que é a “finalística” (ou ético-

---

<sup>3</sup> Definição utilizada por Souza Filho e Gurgel (2016) com base nas elaborações de Paro (2006).

<sup>4</sup> PARO, V.H. Administração Escolar: Introdução crítica. 9. Ed. São Paulo: Cortez, 2006

política), voltada à definição da finalidade, e outra “instrumental”, voltada à escolha e operacionalização de recursos e instrumentos adequados à finalidade posta.

Os meios devem ter estrita relação com a finalidade, e como administrar implica a ação racional na definição da finalidade, se o ato de administrar assume “como dada a racionalidade finalística e não a coloca sob apreciação crítica, assume uma concepção instrumental da razão” (Souza Filho e Gurgel, 2016, p. 32).

Dessa forma, entre os fins definidos e a escolha dos recursos há um elemento de mediação fundamental, que é a razão, essencial para ação do homem na busca da satisfação daquilo que é colocado como necessidade.

Essa definição geral nos permite refletir que a gestão, nesses moldes, é inerente à qualquer atividade que se realize ou que se necessite realizar. Historicamente, os homens, em suas relações entre si e na sua relação com a natureza, sempre precisaram estabelecer/administrar as formas de satisfação das necessidades postas, ou seja, adequar os recursos aos fins determinados, tanto no que diz respeito às necessidades básicas de manutenção e reprodução da própria vida, quanto de sustentação das relações sociais. Nesse sentido, a gestão, sob essa perspectiva, pode ser entendida como transversal à qualquer forma social.

A despeito desse entendimento causar uma falsa impressão de que a gestão corresponde a uma ideia de neutralidade, é preciso considerar que ela, embora inerente a qualquer forma social, ao se concretizar e se expressar nos contextos sócio-históricos particulares impregna-se de elementos históricos concretos, ideológicos e culturais, e suas finalidades passam a corresponder às finalidades próprias do modo de produção e de relação social vigente e peculiar daquele contexto determinado.

Portanto, refletir sobre a gestão e a racionalidade que lhe dá sustentação no contexto sócio-histórico particular que nos é pertinente, o capitalismo, requer observar atentamente as finalidades a que corresponde essa forma de relação social e esse modo de produção e reprodução.

Marx (2005) refere que a “direção” posta ao trabalho e ao processo de trabalho no modo de produção capitalista e as finalidades a que cumpre, está subordinada a uma forma de administração cuja finalidade é típica e peculiar desse modo de produção. Ou seja, a sociedade do capital, em virtude dos fins específicos necessários para sua própria reprodução, subordina toda a organização da vida

social e do trabalho ao cumprimento desses fins, colocando, portanto, a pauta particular que move os parâmetros da administração nessa sociedade, assim como, determinando as próprias finalidades.

A discussão da gestão no capitalismo, portanto, não se faz sem a compreensão da finalidade do capital e o contexto de sua expansão, pois sua finalidade pressupõe uma organização particular da vida social e dos processos de produção e de trabalho específicos, onde a própria função da gestão também passa a ser apropriada pelo capital.

Considerando que a finalidade específica do capital é a acumulação e a apropriação privada da riqueza socialmente produzida, em que Marx (2005) afirma que o modo de produção capitalista tem um caráter fundamental, cuja lei absoluta desse modo de produção é a extração de mais-valia, é importante refletir em que contexto a gestão passou a integrar essa finalidade.

O trabalho e o processo de trabalho adquirem no capitalismo especificidades intrinsecamente relacionadas às finalidades desse modo de produção (desenvolveremos isso mais à frente), pois é a partir do trabalho, no sentido da sua exploração e subsunção, que se torna possível extrair a mais-valia.

Em face das necessidades de organização do trabalho e do processo de trabalho com vistas ao alcance da finalidade posta, o capitalismo se materializou como o momento sócio-histórico em que as forças produtivas mais se desenvolveram, de tal modo que o nível de organização e das exigências desse modo de produção tão particular e sem precedentes, propiciou e necessitou que a própria função da gestão alcançasse seus mais altos patamares de racionalização, assumindo nesse contexto sócio-histórico particular, o status de ciência.

As primeiras elaborações teóricas mais sintetizadas sobre administração se deram justamente no surgimento da sociedade moderna capitalista, no processo de desenvolvimento industrial e da necessidade de maior previsibilidade, calculabilidade e racionalização do processo de trabalho. (Giovanela, 1991). Assim, a gestão/administração como ciência surgiu atrelada aos imperativos do capitalismo e ao seu desenvolvimento no âmbito da sociedade burguesa no processo de dinamização deste modo de produção.

Nos primórdios dessa ciência, encontra-se a chamada Abordagem Clássica da Administração, da qual fazem parte a Escola da Administração Científica de Frederick Winslow Taylor (EUA), e a Teoria Clássica da Administração (Henry Fayol-

França- Europa), “cujos postulados dominaram as quatro primeiras décadas do século XX no panorama administrativo das organizações.” (CHIAVENATO, 2008, pág. 3)

Na Teoria Clássica (Fayol), a ênfase centrava-se no aumento da eficiência a partir da organização estrutural. Sua origem remonta ao período da Revolução industrial. Foi iniciado na França e espalhou-se pela Europa. Fayol define o conceito de administração, cujas funções administrativas se resumem em: prever (planejar), organizar, comandar, coordenar, controlar. Formula, também, os Princípios Gerais da Administração, que caracterizam essa teoria como uma teoria normativa e prescritiva, se colocando como receituário para o administrador diante das situações organizacionais. Permite uma visão simples e ordenada; disseca o trabalho organizacional em categorias compreensíveis e úteis voltadas a facilitar a execução de tarefas administrativas rotineiras; os princípios gerais proporcionam guias que facilitam o administrador.

Segundo Chiavenato (2008), tal teoria é rígida, inflexível e conservadora, e, apesar de todas as críticas que recebe, ainda é uma das mais utilizadas, sendo indispensável para compreender as bases da moderna administração. Embora a Ciência da Administração passe a incorporar, com o passar do tempo, outras abordagens, “Todas as teorias administrativas posteriores se assentaram na teoria clássica, seja como ponto de partida, seja como crítica para tentar uma posição diferente.” (CHIAVENATO, 2008, pag. 24).

Dutra (2016), em seu estudo sobre o controle social e a participação na gestão da saúde<sup>5</sup>, considera que os arranjos desses elementos básicos constitutivos

da teoria clássica da administração, embora tenham assumido várias e diferentes combinações ao longo da história da administração, tanto pública quanto privada, continuam sendo essenciais para o debate contemporâneo sobre institucionalidade democrática e gestão de políticas sociais.

A administração como ciência se desenvolveu pensada especificamente para os ramos produtivos empresariais, diretamente voltada à dinamização e

---

<sup>5</sup> Controle Social e participação são abordados pela autora como possibilidade de intervenção da sociedade na criação, transformação e controle sobre os poderes, em que se vislumbra uma nova institucionalidade na relação Estado e sociedade, onde grupos de interesses diversos passam a participar do planejamento, formulação e avaliação das políticas sociais, posto que são os principais interessados. (Dutra 2016)

racionalização do processo de produção e, conseqüentemente do processo de trabalho, posto que é esse processo que possibilita alcançar as finalidades postas pelo capital, ou seja, no modo de produção capitalista é a partir do trabalho que se produz a riqueza e se torna possível a sua apropriação privada.

Entretanto, para se discutir gestão no campo estatal e das Políticas Sociais, não basta ater-se à sua racionalidade instrumental (pois ela é apenas a ponte para o alcance das finalidades postas) e nem restringir-se ao lócus da produção material (cuja necessidade de racionalização foi a ponte inicial para a fundação da gestão enquanto ciência), mas voltar-se para a sua racionalidade finalística ou ético-política, e, portanto, estabelecer quais conexões a relacionam com a finalidade do capital em sentido amplo, cabendo uma apreciação do capital enquanto produção e reprodução.

Ao apontarmos que a finalidade do capitalismo é a criação e apropriação de riqueza, materializada na mais-valia, e que a sua produção tem como ponto de centralidade o trabalho, destaca-se que o processo de trabalho no modo de produção capitalista é, também, processo de valorização. Ou seja, somente o trabalho tem a potência de gerar a mais-valia (Marx, 2006).

Entretanto, Marx, ao se debruçar nas análises da sociabilidade burguesa e do modo de produção e acumulação capitalista e identificar no trabalho e no processo de trabalho típicos dessa formação social a fonte da riqueza capitalista ele pontua que tal processo só se tornou possível em virtude da divisão dessa sociedade em classes sociais e da divisão social do trabalho, cujo fundamento se encontra na separação do trabalhador dos meios de produção, estabelecendo relações sociais e um processo de trabalho baseado em um sistema de exploração e de dominação de uma classe sobre a outra; em que uma classe é detentora dos meios de produção, e a outra é detentora do trabalho, portanto, subsumida à primeira.

O sistema do capital, seu modo de produção (e de criação da mais-valia) não se restringe, dessa forma, a uma relação material de produção em sentido restrito. Ele é expressão de uma relação social de produção cujo fundamento tem como centralidade o trabalho enquanto relação social entre a classe proprietária da força de trabalho e a classe proprietária dos meios de produção. Esse modo de produção, considerado sob a perspectiva do ciclo do capital em seu conjunto, de acumulação e de reprodução ampliada, pressupõe um momento de reprodução, tanto no que diz



respeito a continuidade da própria produção como também da reprodução ampliada das classes sociais e de suas relações de exploração e dominação.

Iamamoto (1996), ao discorrer sobre o processo de produção e de reprodução das relações sociais, busca destacar que a reprodução do capital permeia as várias dimensões e expressões da vida em sociedade, em que a reprodução da riqueza material é inseparável da criação e recriação das formas e relações sociais.

A reprodução ampliada do capital supõe a recriação do trabalhador na condição de assalariado e da classe capitalista como classe dominante. Recria e reproduz, também, a pobreza e os antagonismos de interesses no seio da luta de classes.

No processo de reprodução das relações sociais, há a reprodução da dominação e de formas ideológicas de mistificar a exploração, o que certamente não a elimina. A ideologia dominante se reproduz, inclusive, na prática cotidiana do pensamento científico, na produção de ideias.

Cabe lembrar que a reprodução das relações sociais não se restringe à reprodução material da força viva de trabalho e dos meios de produção, mas engloba a reprodução das forças produtivas, das relações de produção, e a reprodução espiritual, que inclui as formas de consciência social: jurídica, religiosas, artísticas; inclui a reprodução de um modo de vida. Para Iamamoto (1996) a reprodução das relações sociais atinge a totalidade da vida cotidiana.

Assim, apesar da riqueza (mais-valia) se produzir a partir do trabalho, na esfera da produção, o modo de produção capitalista, contudo, não se restringe ao contexto da produção material propriamente dita, mas diz respeito a uma relação social de produção que pressupõe, também, a dimensão indissociável da reprodução social, uma esfera indispensável para a garantia de condições dessa produção se processar.

Portanto, para sustentar o funcionamento do modo de produção capitalista, a sociedade burguesa passa a necessitar de uma dinâmica de administração adequada às suas finalidades (Souza Filho e Gurgel, 2016) e compatível com suas necessidades. Considerando a dinâmica de exploração e dominação que lhe é inerente, e mais do que isso, a produção capitalista em sentido ampliado e em sua dimensão de reprodução social (Marx, 2005), é preciso reconhecer que o foco da gestão/administração nessa forma de sociabilidade também não se restringe ao lócus da produção em si (apesar de corresponder nessa esfera à necessidade

imediate de produção de mais-valia pelo incremento da ciência e da racionalização ao processo produtivo e maior possibilidade de extração de sobre-trabalho), e alcança as diversificadas dimensões que formam a totalidade da vida social.

Se é o campo da produção, a partir do controle do tempo e do processo de trabalho, fundamental para a geração e apropriação da riqueza, é a manutenção das condições de continuidade da produção e da exploração que permite o processo de reprodução ampliada do capital.

Portanto, esse processo de reprodução ampliada que inclui produção em sentido amplo (incorporando as dimensões da produção, circulação, distribuição e consumo, sem as quais a mais-valia não se realiza) e reprodução social, requer, enquanto componente indispensável, a manutenção de uma ordem social, política, jurídica, ideológica e cultural que permita e possibilite a continuidade da dinâmica de exploração enquanto meio para o alcance das finalidades do capital.

Souza Filho e Gurgel (2016) apontam que a administração da sociedade capitalista tem por finalidade a organização de uma dinâmica que engloba tanto mediações no campo da produção quanto no campo da reprodução, apontando que uma determinada forma de exploração requer uma forma específica de dominação. Assim, a administração capitalista busca materializar uma forma de dominação que permita, no campo da produção, a extração e apropriação da mais-valia socialmente produzida, e no campo da reprodução, gerir uma ordem social, jurídica, política, ideológica e cultural que possibilite a manutenção econômica da exploração da força de trabalho.

Considerando que nossa discussão trata da gestão da política pública de saúde, é necessário pontuar que essa temática não só se localiza fora do campo da produção material, mas se situa em um espaço muito específico do campo da reprodução social: o Estado.

Ao tratar do tema Estado, supõe-se necessário recuperar que Marx, ao desenvolver sua teoria social aponta que o modo de produção capitalista e sua sociabilidade se pautam na indissociabilidade entre produção e reprodução, mas também no fato de que a sociedade é formada por uma “estrutura econômica” formada pela totalidade das relações de produção que se configura como base real e material sobre a qual se forma toda uma “superestrutura jurídica e política”.

Sendo a estrutura econômica e as relações de produção a base da sociabilidade capitalista, a superestrutura só pode ser pensada a partir das relações

materiais, e nesse conjunto, o Estado é colocado como superestrutura jurídica e política, enraizado nas relações materiais e concretas de vida.

Portanto, considerando que no capitalismo há uma subordinação da organização da vida social às suas próprias finalidades, que é viabilizada, a partir de uma estrutura estratificada em classes sociais e pelo enquadramento, dos modos de vida, de gestão e de produção aos seus próprios objetivos, é imprescindível considerar que a organização da sociabilidade burguesa pressupõe, também, um tipo específico de Estado, instância de gestão que se insere, na aparência, no âmbito das necessidades coletivas, embora na essência represente, em última instância, um espaço de funcionalidade ao capital.

A discussão sobre o Estado e o desenvolvimento da própria administração pública são determinantes fundamentais para o debate que estamos propondo, pois, a gestão de políticas sociais, segundo Souza Filho (2013), é uma variante do tema “gestão social” e se insere particularmente nos debates referentes à alteração do paradigma da administração pública, e esta, por sua vez, se constitui como uma esfera particular da intervenção do Estado. É esse esforço de reflexão que pretendemos realizar no próximo item.

## **1.2 O Estado Capitalista e a Administração Pública**

De modo a introduzir a temática do Estado e da administração pública, consideramos pertinente apontar que diversos autores do campo das ciências administrativas e áreas afins entendem a administração pública como uma temática que se localiza no âmbito do Estado e os concebem (Estado e administração pública) como instâncias voltadas à realização do bem comum e do interesse geral de uma nação.

Tendem a discutir a administração pública a partir dos diferentes modelos de gestão que se sucedem no tempo, e os interpretam, boa parte das vezes, como provenientes da evolução do padrão de racionalidade da administração.

Chiavenato (2008), por exemplo, aponta que a Administração Pública é um importante segmento da ciência administrativa, representando o aparelhamento do Estado e funcionando como instrumento do governo para planejar, organizar, dirigir

e controlar todas as ações administrativas com a finalidade de contemplar a satisfação das necessidades coletivas básicas.

Para este autor, a administração pública evolui a partir de três modelos que se sucedem historicamente no tempo, mas que nenhum é inteiramente abandonado: o patrimonialista, o burocrático e o gerencial.

Refere que no patrimonialista o aparelho do Estado é uma extensão do poder do soberano, cuja administração teria como característica a corrupção e o nepotismo. Esse modelo, segundo o autor, passaria a se tornar “menos aceitável” a partir do momento em que o capitalismo e a democracia passam a se tornar dominantes e quando a sociedade civil e o mercado passam a se distinguir do Estado.

Já a Administração Burocrática, teria surgido na segunda metade do século XIX, no período do Estado liberal, como proposta de combate à corrupção e nepotismo do patrimonialismo. Seus princípios orientadores incluem a ideia de carreira, a hierarquia funcional, a impessoalidade, o formalismo, controle rígido dos processos, nas compras e nos atendimentos às demandas. Segundo Chiavenato (2008), em virtude da ênfase que se dá ao controle, esse tipo de administração ocasiona diversos efeitos negativos como a ineficiência, a auto-referência, a incapacidade de voltar-se para o serviço ao cidadão.

Quanto à administração pública Gerencial, teria surgido na segunda metade do século XX como resposta frente à ineficácia do modelo anterior e em decorrência da expansão das funções econômicas e sociais do Estado. Os valores da eficiência e da qualidade na prestação dos serviços e o desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações seriam vistos como imperativos da nova abordagem administrativa, pressupondo, para tanto, a reforma do aparelho do Estado.

Alguns outros autores como SECCHI (2009) e LESCURA, FREITAS, PEREIRA (2013) ao realizarem o estudo dos atuais modelos gerenciais, fazem, necessariamente, o resgate dos fundamentos do modelo burocrático, e outros apontam, ainda, a manutenção de traços patrimonialistas. Ressalva-se, portanto, que a análise isolada dos diferentes modelos de gestão pública pode trazer equívocos quanto aos limites de ruptura e continuidade existentes nesses modelos de gestão e organizacionais e os motivos pelos quais eles se alteram e se organizam.

Posto isso, cabe pontuar duas questões centrais do percurso de nossas análises, a primeira diz respeito ao fato de que a reflexão sobre administração pública que nos pauta e da qual adotamos como horizonte de análise é aquela trazida por autores do campo crítico, em que tomamos como referência, sobretudo, os estudos de Rodrigo Souza Filho (2013, 2016), que entende a administração pública e o Estado a partir da sua relação com as particularidades de cada contexto, de cada país, com a estrutura do desenvolvimento do capital e dos traços que marcam a formação social particular dos Estados nacionais, e não como um suceder de formas organizacionais que se colocam em curso na perspectiva de evolução dos modelos de administração.

E, em segundo lugar, ao tratarmos o Estado como elemento central da Administração pública estamos considerando que a definição de que o Estado e a Administração Pública têm como finalidade o bem comum e o interesse geral não passa de uma aparência (embora a dimensão universal faça parte da estrutura estatal) posto que a própria contemplação de necessidades coletivas em sua essência cumpre, em alguma medida, os requisitos do dinamismo do capital no âmbito da reprodução social.

Conforme esclarecemos no item anterior, a gestão/administração diz respeito a adequação racional de recursos para o alcance de finalidades postas e também à definição racional das próprias finalidades, sendo uma dinâmica transversal a outras formas de sociabilidade mas que, no contexto do capitalismo, assume contornos específicos, tanto que adquire o status de ciência.

Tendo identificado que o sentido da “gestão” no capitalismo remete à pensar as diversas dimensões da vida social sob a perspectiva da dominação do capital e da sua organização em relação à finalidade posta por esse modo de produção, é preciso considerar que a gestão no âmbito público não se dissocia dessa lógica, tampouco a gestão do Estado no tocante às Políticas Sociais.

Dessa forma, considerando que o Estado é o elemento que dá materialidade à administração pública, para compreender a gestão estatal de Políticas sociais, é necessário revisitar, primeiramente, o papel do Estado no contexto da sociabilidade burguesa e do domínio do capital e a sua estrutura organizacional enquanto ordem administrativa. Souza Filho (2013) reforça que para tratar sobre a administração pública é extremamente importante retomar criticamente os fundamentos do Estado moderno no marco do desenvolvimento e consolidação da sociedade capitalista.

De modo a dar dimensão sobre a complexidade de temas como “Estado”, “política” e “governo”, é importante destacar que esses debates não são recentes, assim como não são consensuais. O Estado é colocado como alvo de reflexões filosóficas desde muito antes da institucionalização do capitalismo, atravessando os tempos até os dias atuais (Weffort, 2003).

Bobbio (1890), ao refletir sobre a teoria das formas de governo, colocava como preocupação central a relação entre sociedade civil e Estado, e explicitava que entre os teóricos Clássicos, de Hobbes à Marx, as concepções sobre essa temática remontam às reflexões de antigos filósofos gregos, os quais elaboraram, de forma extraordinariamente original e fecunda, categorias sobre governo, Estado e Política que até hoje se processam nos âmbitos da teoria política e permanecem presentes entre os chamados teóricos Clássicos da política do mundo moderno (Weffort, 2003), os quais acompanharam a formação do Estado moderno, que se deu através de um longo processo de séculos de duração. Weffort (2003) coloca entre esses teóricos clássicos nomes como Maquiavel (no século XVI), Hobbes e Locke (no século XVII), Montesquieu e Rousseau (no século XVIII). No século XIX despontam outros teóricos que continuam fundamentando o pensamento político, como Burke, Hegel e Marx, além de outros do século XX.

Considerando a perspectiva teórica que vem nos embasando, é importante pontuar que o Estado, a despeito de qualquer definição geral e do contexto de seu surgimento, precisa ser identificado como uma estrutura historicamente determinada, ou seja, que adquire complexidades e especificidades relativas ao contexto sócio-histórico em que se insere. Sendo assim, nossas reflexões se voltam a pensar justamente o Estado moderno, aquele que se coloca nos marcos do capitalismo, pós Revolução Francesa (1789), que é o momento que calcifica as bases do desenvolvimento da sociedade burguesa. Dessa forma, as particularidades do Estado consideradas nesse trabalho são válidas apenas nesses marcos em função de sua dinâmica particular<sup>6</sup>.

Segundo Poulantzas (2000) o Estado Burguês e a base de sua fundamentação não podem ser pensados fora do contexto das relações de produção tipicamente capitalistas. O Estado moderno tem como especificidade a separação

---

<sup>6</sup> No próximo item buscaremos traçar algumas particularidades do Estado no Brasil, posto que os aspectos de sua formação sócio-histórica têm traços que particularizam a forma como se constitui a administração pública e as políticas sociais no país. No momento, vamos pensar o Estado capitalista de forma geral.

relativa entre o político e o econômico e uma organização que se relaciona com a espoliação do trabalhador nas relações de produção, em que essas relações se constituem como o solo de uma reorganização da divisão social do trabalho. A divisão social do trabalho tipicamente capitalista representa a condição de possibilidade do Estado moderno. Esse Estado constitui uma ruptura em relação aos Estados pré-capitalistas, e seu fundamento está na separação entre ele e as relações de produção, coisa que não acontecia, por exemplo, no período feudal, em que o Estado era abertamente a extensão da soberania.

A sociedade burguesa tal como ela é, suas formas de produção e reprodução material e das relações sociais, as contradições inerentes a este modo de produção e as disputas de classes dele provenientes, se configuram como o objeto de estudo de Marx no percurso de sua elaboração teórica (Marx, 1986). Seu foco voltava-se à chamada “infraestrutura”, no entendimento de que o modo de produção material é basilar e fundamental para a compreensão das demais esferas componentes da totalidade social que compõem a sociedade do capital. Marx afirmava que:

“Na produção social da própria vida, os homens contraem relações determinadas, necessárias e independentes de sua vontade, relações de produção estas que correspondem a uma etapa determinada de desenvolvimento das suas forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção forma a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se levanta uma superestrutura jurídica e política, e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo geral de vida social, política e espiritual” (Marx, 1986. P. 25).

O momento econômico, portanto, foi o espaço privilegiado de análise de Marx em seu estudo da sociedade burguesa, no entanto, a teoria política estava implícita em seus estudos (Carnoy, 1986).

Embora se considere que os temas sobre “Estado” e “sociedade civil” tenham sido pouco aprofundados por Marx, suas elaborações teóricas possibilitam refletir sobre temas dessa natureza. Na obra *A Ideologia Alemã* (escrita por Marx e Engels entre 1845 e 1846), podemos encontrar um debate inicial sobre essa temática, em que, ao trazerem a reflexão sobre a divisão do trabalho no percurso do desenvolvimento do modo de produção capitalista e as contradições dela provenientes, Marx e Engels dão destaque à separação formal e a repartição desigual entre trabalho, produção, consumo e propriedade, onde, segundo eles, se

estabelece a origem da desigualdade entre os interesses privados e os interesses coletivos.

Marx é bastante claro ao afirmar, nesse texto, que "é precisamente por esta contradição do interesse particular e do interesse comunitário que o interesse comunitário assume uma forma autônoma como Estado..."(MARX, ENGELS, 1984, 37), e que, por estar separada dos interesses reais dos indivíduos e também do todo, acaba figurando como comunidade ilusória, mas sempre sobre as bases dos laços existentes em todos os conglomerados, principalmente entre as classes que, desde logo, são condicionadas pela divisão do trabalho e das quais uma domina todas as outras. Marx e Engels dão continuidade afirmando que daí resulta que todas as lutas no seio do Estado não são mais do que as formas ilusórias em que são travadas as lutas reais das diferentes classes entre si, referindo que:

"Todas as classes que aspiram ao domínio, como é o caso com o proletariado, condiciona a superação de toda a forma velha da sociedade e da dominação em geral, tem primeiro que conquistar o poder político, para por sua vez representarem o seu interesse como o interesse geral, coisa que no primeiro momento são obrigados a fazer." (MARX, ENGELS, 1984, 38).

Marx e Engels (1984) afirmam que os indivíduos, na realidade, procuram apenas o seu interesse particular, o qual não coincide com o interesse comunitário; e que o geral é, na verdade, a forma ilusória da existência na comunidade, e assim, a luta prática pelos interesses particulares torna necessária a intervenção prática pelo interesse geral ilusório como Estado.

Assim, Souza Filho e Gurgel (2016) apontam que o Estado, enquanto superestrutura jurídica e política, não é a expressão da universalidade, mas sim a expressão das relações sociais de produção e, no caso da sociedade capitalista, ele se estrutura tendo como base a relação de exploração típica e estabelecida por esse modo de produção, guardando, portanto, relação com a estrutura de dominação de classe enquanto mecanismo para a garantia da manutenção e a continuidade das relações sociais capitalistas.

Marx, contudo, não descarta a "dimensão universal" presente no Estado capitalista, o que ele faz é reforçar que essa dimensão não é a essência desse Estado. A face da universalidade é aquela que se apresenta para a sociedade, mas não é a determinação do que o Estado é efetivamente. Marx coloca, portanto, que o



caráter “universal” do Estado está no campo das aparências, embora faça parte da composição da estrutura estatal.

A dimensão universal do Estado está restrita à ações que atendem a interesses da classe trabalhadora, mas isso não significa que, em essência, ele esteja voltado para o interesse geral ou para o bem comum. Significa apenas que o atendimento a determinados interesses de classes se coloca como necessidade para a garantia da estrutura de dominação imposta pelo capital, circunstância em que as Políticas sociais cumprem papel decisivo. Em uma sociedade fundada na divisão de classes sociais com interesses contrapostos, não há possibilidade da existência de um bem geral e comum. (Souza Filho e Gurgel, 2016).

Assim, a identificação do Estado enquanto representante de um interesse geral, não passa de uma representação ideológica, fortalecida pelo fato dele, de fato, realizar algumas ações voltadas a atender interesses das classes trabalhadoras.

Nesse sentido, considerando a relação entre a estrutura econômica de produção e a constituição de uma superestrutura política, jurídica, ideológica e cultural, Souza Filho e Gurgel (2016) afirmam que no campo dessa superestrutura social, o Estado é a organização central que materializa a dominação de classe.

A dominação efetivada no âmbito da estrutura social se volta a viabilizar a exploração, produção e expropriação da mais-valia, e no âmbito da superestrutura social se volta a criar condições políticas, jurídicas, ideológicas para a garantia da reprodução social.

No modo de produção capitalista o Estado tem lugar determinante no ciclo de reprodução ampliada do capital, e possui, enquanto aparelho, uma materialidade institucional específica, cujas instituições e aparelhos (justiça, administração, polícia, etc.) tem como princípio organizador a separação do Estado das relações de produção. Quanto a criação e funcionamento do Estado burguês, na sua materialidade de aparelho, ele se constitui como:

“Aparelho especializado, centralizado, de natureza especificamente política, consistindo um agrupamento de funções anônimas, impessoais e formalmente distintas do poder econômico, cujo agenciamento se apoia numa axiomatização de leis-regras” (Poulantzas, 2000, p. 52).

Essas leis-regras distribuem e definem as atividades e competências e se legitimam com base no corpo social, nação. São elementos que constituem a organização dos aparelhos do Estado moderno. O Estado capitalista funda sua legitimidade na soberania do povo-nação, afirmando um “papel organizacional particular em relação às classes dominantes e um papel de regulação em face do conjunto da formação social”, seu discurso é um discurso de ação, de estratégia e de tática, imbricadas à ideologia dominante. Trata-se de um discurso que não tem unidade própria, é “segmentário e fragmentado” segundo os objetivos estratégicos do poder e as diversas classes às quais se dirige. (Poulantzas, 2000, p. 56)

Souza Filho e Gurgel (2016) defendem que a legitimação do Estado se fundamenta na forma como ele se materializa, e que a sua equivocada identificação como instância de interesse comum se constitui tendo como base uma racionalidade formal-legal que é fundamentalmente centrada na dimensão instrumental. O foco nessa dimensão dificulta identificar a sua vinculação e a sua função junto aos interesses de classe, dando a falsa impressão de que a finalidade do Estado é dada naturalmente.

A racionalidade formal-legal viabiliza o alcance das finalidades do capital tanto no âmbito da produção (na medida em que a racionalização de procedimentos em regras e normas formais torna mais eficiente a produção) quanto no âmbito da reprodução social, cujas leis-regras viabilizam que o Estado seja dotado de materialidade institucional.

Assim, Souza Filho e Gurgel (2016) sintetizam esse raciocínio afirmando que a materialização da dominação, fundada na racionalidade formal-legal, tanto no campo da produção quanto no da reprodução social, se realiza através da administração.

Partindo das concepções de Marx, Rodrigo Souza Filho (2013) busca dar foco em dois elementos extremamente importantes sobre o Estado e a gestão pública e dos quais estamos nos apropriando para fundamentar nossas argumentações quanto ao nosso objeto de estudo: primeiro ele destaca que a relação do Estado com a dominação de classe é uma concepção restrita e que o Estado, na realidade, possui uma dimensão contraditória pautada na sua face universal; segundo, e em virtude de sua dimensão contraditória, ele identifica o Estado como elemento estratégico para as classes trabalhadoras. Esses dois elementos estão intrinsecamente relacionados.

A dimensão contraditória do Estado, então, se assenta no fato de que, embora ele seja a expressão da dominação de classe, também tende a atender a interesses de outras classes e, em virtude desse caráter de permeabilidade a diferentes interesses de classes, se constitui como a única estrutura na sociedade capitalista capaz de realizar interesses das classes dominadas, mesmo que faça isso de modo a perpetrar a dominação existente. Marx pontua, contudo, que para ocorrer uma intervenção mais ampla do Estado em favor dos interesses do operariado é preciso que este tome o poder do Estado.

Para Marx, enquanto houver classes sociais haverá Estado, e enquanto ele existir os diferentes interesses serão atendidos de formas diferenciadas, haja vista essa relação de dominação.

Ou seja, Marx, ao referir que o Estado não é em si a expressão da universalidade mas que possui uma dimensão universal, destaca que a ampliação do atendimento dos interesses das classes não dominadas está na razão direta da pressão que essa classe faz sobre o Estado. Na sociedade de classes, portanto, embora não se possa vislumbrar a igualdade de classes e de seus interesses, se há alguma possibilidade de sua ampliação, essa possibilidade perpassa o Estado; só o Estado tem a capacidade de atuar nesse sentido. Ele é, portanto, elemento estratégico.

Assim, pensar na possibilidade de aprofundamento de direitos sociais ou na melhoria das condições sociais da vida das classes e camadas não dominadas, requer ter o Estado como elemento estratégico, e toma-lo como elemento estratégico requer refletir sobre a sua estrutura organizativa e sua expressão fenomênica, ou seja, a forma com que ele se materializa institucionalmente, a forma como ele se expressa e concretiza as intencionalidades em forma de ação. Assim, Souza Filho (2013) aponta que a estrutura clássica de organização e administração estatal do Estado no capitalismo é a burocracia.

A burocracia é um dos componentes da materialidade do Estado moderno capitalista e é expressão, também, das contradições presentes no Estado. É responsável pela manutenção e viabilidade da ordem social capitalista, voltada à garantia dos interesses dominantes, mas também implementa ações do Estado voltadas aos interesses de classe não dominantes para manter a ordem. Por isso ela não é sinônimo de universalização do Estado, mas a materialização das contradições presentes no Estado.

A burocracia responde à uma organização social específica, sua determinação fundamental se encontra na estruturação da sociedade de classes, uma vez que são os interesses antagônicos provenientes dos conflitos entre essas classes que exigem a intervenção do Estado, e essa intervenção se operacionaliza através de sua ordem administrativa. Assim, a burocracia, como um dos elementos da materialidade do Estado, apresenta-se como uma das mediações entre o Estado e as classes sociais, visando a manutenção da ordem. “A existência da burocracia está vinculada ao Estado e, por conseguinte, à dominação de classe” (Souza Filho, 2013, pág.41)

O limite estrutural da burocracia como instrumento de realização da ampliação de direitos está fundamentado no fato dela, enquanto expressão do Estado capitalista, atuar na administração de interesses antagônicos para manter a ordem, e não para superá-la.

Considerando que existe uma relação fundamental entre burocracia e dominação e que a burocracia é a expressão e elemento de materialidade do Estado, Souza Filho (2013) resgata a concepção de burocracia em Weber, afirmando que, para ele, toda administração é dominação e que, por esse motivo, a burocracia implica dominação por se tratar de uma estrutura administrativa. Ele aponta a burocracia como a forma de dominação legítima e de caráter racional, uma forma de dominação legal.

Essa concepção de dominação exposta por Weber é legítima, porém, não é a mesma concepção marxista de dominação que a vincula diretamente à dominação de classes. Weber acaba apontando a dominação como categoria central na definição de administração, enquanto nossa linha de entendimento é de que a categoria central para a definição de administração é a racionalidade (conforme as concepções de Paro (2000, 2006).

Apesar de ignorar a relação da dominação com a situação de classe e pontuar que o caráter de dominação é próprio a toda ordem administrativa, ele (weber) acerta ao afirmar que só a administração burocrática exerce a dominação de forma racional, com ancoragem em parâmetros formais e legais. Ele afirma que a burocracia é uma estrutura administrativa racional de dominação.

Weber, em sua concepção de administração, se refere à análise sobre os meios utilizados para atingir fins determinados, mas não coloca em questão a

legitimidade dos fins, com isso se pauta em uma razão técnica, ou seja, na dimensão instrumental da razão.

Por isso, Souza Filho (2013), se pauta pela definição de administração de Paro, pois ele explicita essa relação dialética entre fins e meios presente na ação racional administrativa. (pág. 55)

O que propomos para a análise da gestão da Política de Saúde é justamente a superação de sua análise apenas do ponto de vista instrumental, Ou seja, buscamos ultrapassar a concepção que restringe a gestão à sua dimensão instrumental como se ela fosse a própria razão de ser da gestão e como se a finalidade já estivesse dada naturalmente, e nos propomos a alcançar, a partir dos elementos formais-legais materializados pela estrutura burocrática do Estado, a sua razão ou dimensão ético-política, em uma clara reafirmação da indissociabilidade entre a dimensão instrumental e a dimensão ético-política.

O conceito de burocracia de Weber não explicita a relação de dominação de classe presente na burocracia, e nem o fim a que tal ordem administrativa se propõe, entretanto, deixa explícita a relação da burocracia com o capitalismo ao afirmar que, embora a existência de estruturas burocráticas seja bastante antiga, a expressão definitiva de burocracia só se dá com a intensificação do intercâmbio de mercadorias, propiciado pelo desenvolvimento da economia capitalista.

Para Weber, o capitalismo tanto precisa da administração burocrática quanto oferece as condições para a sua existência (ressalva-se que capitalismo e burocracia tem raízes históricas diversas). Weber, ao analisar os pressupostos sociais e econômicos da burocracia, mostra que a ampliação das tarefas administrativas se intensifica a partir do desenvolvimento da economia monetária, onde o capitalismo representa seu mais alto grau de manifestação. Ele afirma que essas demandas para a administração vão repercutir tanto na administração privada quanto na pública.

Se seguirmos o conceito de administração defendido por Souza Filho (2013), apoiado nas elaborações de Paro (2000, 2006) pode-se dizer que a burocracia weberiana é a forma determinada historicamente da administração capitalista. A burocracia é expressão da administração capitalista, na medida em que define racionalmente o emprego econômico e adequado dos recursos para atingir os fins da expansão do capital. Nesse sentido, Souza Filho (2013) entende a burocracia não como um dos modelos de administração existentes no capitalismo, mas como a

própria administração capitalista, que pode ser organizada de diferentes maneiras, para garantir a dominação de classe, através de ações que acabam atendendo determinadas demandas das classes dominadas. (pág. 60)

Ou seja, a burocracia não se resumiria a um modelo de administração, mas seria a forma particular e racional de organização da administração numa sociedade de classes. Apesar disso, a burocracia tem princípios e fundamentos básicos de organização, da mesma forma, existe esforço teórico e científico quanto a definição e o estudo de diferentes modelos de gestão/administração pública no capitalismo ou de modelos organizacionais.

Leonardo Secchi (2009), por exemplo, afirma que após os anos 1980 diversas mudanças vem ocorrendo nas políticas de gestão pública (PGPs) e nos desenhos de organizações programáticas (DOPs) desenvolvidos, realizadas, empenhadas e defendidas pelas administrações públicas em todo o mundo. Porém, para contextualizar essas mudanças ele, e diversos outros autores, partem do próprio resgate teórico dos fundamentos do conceito de burocracia de Weber.

Para Leonardo Secchi (2009) Os elementos apontados como ativadores dessas ondas de “modernização” são a crise fiscal do Estado, a crescente competição territorial pelos investimentos privados e mão de obra qualificada, a disponibilidade de novos conhecimentos organizacionais e tecnologia, a ascensão de valores pluralistas e neoliberais e a crescente complexidade, dinâmica e diversidade das nossas sociedades.

Leonardo Secchi (2009) contextualiza, referindo que o modelo burocrático tornou-se o alvo das mais áspers críticas, sendo considerado inadequado para o contexto institucional contemporâneo por sua presumida ineficiência, morosidade, estilo autorreferencial, e descolamento das necessidades dos cidadãos.

Assim, seguindo o contexto de sua abordagem teórica, O modelo burocrático weberiano é um modelo organizacional que desfrutou notável disseminação nas administrações públicas durante o século XX em todo o mundo, sendo atribuído a Max Weber, porque o sociólogo alemão analisou e sintetizou suas principais características.

Leonardo Secchi (2009) aponta que desde o século XVI o modelo burocrático já era bastante difundido nas administrações públicas, nas organizações religiosas e militares, especialmente na Europa, e que desde então foi experimentado com

intensidades heterogêneas e em diversos níveis organizacionais, culminando com sua adoção no século XX em organizações públicas, privadas e do terceiro setor.

O autor acima citado faz o esforço de recuperar as principais características do modelo burocrático desenvolvido por Weber, destacando que, além do alto grau de especialização, controle e racionalismo, esse modelo tem por características fundamentais: a formalidade, a impessoalidade e o profissionalismo.

A formalidade impõe deveres e responsabilidades aos membros da organização, a configuração e legitimidade de uma hierarquia administrativa, as documentações escritas dos procedimentos administrativos, a formalização dos processos decisórios e a formalização das comunicações internas e externas. As tarefas são formalmente estabelecidas de maneira a garantir a continuidade do trabalho e evitar a discricionariedade individual na execução das rotinas.

A impessoalidade implica que as posições hierárquicas pertencem à organização, e não às pessoas que a estão ocupando. Isso ajuda a evitar a apropriação individual do poder, prestígio, e outros tipos de benefícios.

O profissionalismo é um princípio que ataca os efeitos negativos do nepotismo que dominava no modelo pré-burocrático patrimonialista. A promoção do empregado para postos mais altos na hierarquia depende da experiência na função (senioridade) e desempenho (performance). Outras características do modelo que derivam do profissionalismo são a separação entre propriedade pública e privada, trabalho remunerado, divisão racional das tarefas e separação dos ambientes de vida e trabalho.

Um dos destaques que Leonardo Secchi (2009) faz sobre o modelo burocrático weberiano é sobre a separação entre planejamento e execução, e essa separação, com base nos princípios do profissionalismo e da divisão racional do trabalho, dá contornos práticos à chamada distinção wilsoniana entre a política e a administração pública, na qual a política é responsável pela elaboração de objetivos e a administração pública responsável por transformar as decisões em ações concretas. Essa característica da burocracia é importante quando pensamos sobre os chamados “instrumentos de gestão do SUS”, pois eles são, de fato, mecanismos da administração pública, responsável por transformar as decisões em ações concretas, mas são também, e é nisso que consiste grande parte do interesse, instrumentos que fazem o intercâmbio direto da administração pública (responsável por transformar as decisões em ações) com o âmbito da política (responsável pela

elaboração dos objetivos). Com isso, esses instrumentos não só direcionam as ações e prioridades, mas incorporam no contexto das definições das ações um ramo diversificado de intenções políticas e de classe.<sup>7</sup>

Outro valor implícito na ideia de burocracia é a equidade de tratamento aos empregados que desempenham tarefas iguais. Também implícita ao modelo burocrático está o controle procedimental de tarefas, e reiteradas preocupações com a imparcialidade no tratamento dos empregados e clientes.

As críticas ao modelo organizacional burocrático são muitas, sobretudo Após a II Guerra Mundial. As principais delas se voltam aos efeitos negativos da burocracia, chamados de disfunções burocráticas, entre eles: o impacto da prescrição estrita de tarefas sobre a motivação dos empregados, resistência às mudanças, e o desvirtuamento de objetivos provocado pela obediência acrítica às normas; outra crítica é sobre a impessoalidade levada ao pé da letra, que pode levar a organização a não dar atenção a peculiaridades das necessidades individuais.

Segundo Secchi (2009), as críticas feitas ao modelo burocrático são notadas implicitamente nas características dos chamados modelos pós-burocráticos de organização, apontando que no quadro global de reformas da administração pública das últimas décadas, dois modelos organizacionais vem se destacando: a administração pública gerencial (APG) e o governo empreendedor (GE), os quais são chamados frequentemente de gerencialismo. Os dois modelos compartilham os valores da produtividade, orientação ao serviço, descentralização, eficiência na prestação de serviços, etc.

Em especial A administração pública gerencial ou nova gestão pública (*new public management*) é considerada um modelo normativo pós-burocrático para a estruturação e a gestão da administração pública baseado em valores de eficiência, eficácia e competitividade. Segundo ele, alguns autores consideram a administração pública gerencial um conjunto de ferramentas e não uma ideologia, tendência ou movimento (Secchi, 2009).

Já o “governo empreendedor” seria um estilo pragmático de gestão Pública, cuja abordagem foi claramente inspirada na teoria administrativa moderna, trazendo

---

<sup>7</sup> Esse tema é foco para o nosso último capítulo.



para os administradores públicos a linguagem e ferramentas da administração privada.

A Administração gerencial, segundo Chiavenato (2008) se configura como um avanço, do ponto de vista organizacional, mas não significa o abandono total do modelo anterior. O grande diferencial entre os dois modelos estaria na forma de controle, em que o gerencial deixa de se basear em processos para se basear em resultados. No plano da estrutura organizacional aponta para a necessidade de que a administração pública seja permeável à maior participação dos agentes privados e/ou das organizações da Sociedade civil e desloca a ênfase dos procedimentos (meios) para os resultados (fins). (CHIAVENATO, 2008, p. 107).

Chiavenato (2008) aponta que a administração pública gerencial inspira-se na administração de empresas, mas não se confunde com ela, posto que a receita das empresas provém da compra e venda de seus serviços e produtos, e a do Estado deriva de impostos, de contribuições obrigatórias, sem contrapartida direta. A administração da empresa é controlada pelo mercado e está voltada ao lucro, e a administração pública gerencial, pelo menos em tese, seria controlada pelo interesse da sociedade via representantes políticos e estaria voltada ao atendimento do interesse público coletivo (CHIAVENATO, 2008, 107).

O modelo gerencial teria como pressuposto a definição clara de objetivos para cada unidade da administração, a descentralização, a mudança de estruturas organizacionais e a adoção de valores e de comportamentos modernos no interior do Estado e, por esses motivos, teria maior potencial em promover o aumento da qualidade e da eficiência dos serviços sociais oferecidos pelo setor público.

Entretanto, apesar dessas definições do que se compreende por modelos organizacionais de gestão pública e das definições acerca dos fundamentos do modelo de administração gerencial, Leonardo Secchi (2009) pontua e ressalta que realizar a descrição dos modelos organizacionais de forma isolada pode levar a interpretações equivocadas acerca das fronteiras entre eles. Por isso, ele próprio, ao mesmo tempo que identifica as características do que ele chama de diferentes modelos organizacionais, também realiza o esforço de destacar que há elementos que são compartilhados entre os diferentes modelos organizacionais e há elementos que os distinguem uns dos outros.

O principal elemento comum desses modelos é a preocupação com a função controle, que aparecem, no entanto, de formas distintas entre o modelo burocrático e os gerenciais.

Outro ponto que o autor destaca é que o modelo burocrático e os modelos gerenciais (entendidos por alguns autores como substitutivos da burocracia) compartilham a manutenção da distinção wilsoniana entre política e administração pública. Essa separação permeia o modelo burocrático weberiano no sentido em que o processo de construção da agenda pública é visto como tarefa eminentemente política, enquanto a implementação da política pública é de responsabilidade da administração.

Com referência à relação público-privada, no modelo burocrático weberiano as esferas públicas e privadas são tratadas como impermeáveis, até como estratégia para enfrentar as ameaças de corrupção e patrimonialismo que assombravam as organizações pré-burocráticas. Enquanto nos modelos gerenciais as fronteiras formais/legais do Estado tornam-se analiticamente impertinentes, tanto é que mecanismos de suavização da distinção das duas esferas são sugeridos.

O autor (Secchi, 2009) acentua que é importante ter cautela ao tratar sobre reformas administrativas, mostrando que novos modelos organizacionais compartilham características com o próprio modelo burocrático weberiano, não se apresentando, portanto, como modelos de ruptura. Afirma, também, que as reformas da administração pública podem tornar-se facilmente políticas simbólicas de mero valor retórico.

Assim, apesar de classificar e conceber diferentes modelos organizacionais, as conclusões finais de Leonardo Secchi (2009) acerca do não rompimento dos novos modelos em relação a alguns dos principais fundamentos da burocracia, nos permite retomar a afirmação de Souza Filho (2013) sobre o fato de que a burocracia não seria simplesmente um modelo específico de administração, mas a própria expressão da materialidade institucional da administração e do Estado no capitalismo (a linguagem de expressão da administração pública no capitalismo), que, na realidade, se organiza de diferentes maneiras nos diferentes contextos de modo a garantir a dominação de classe, inclusive tomando ações que favorecem as demandas de classes dominadas, ou modificando o modo de operação.

Considerando que os diferentes modelos de gestão significam formas diferentes de organizar a própria burocracia do Estado para o alcance dos diferentes

interesses de classe, pode-se afirmar que nos diferentes contextos sociais e arranjos sócio-políticos o Estado estará organizado material e institucionalmente segundo as particularidades de cada formação social e os interesses de classe que lhe atravessam. As ações do Estado estão na relação direta com o modelo de desenvolvimento econômico e da relação desse modelo com as especificidades do campo da produção e reprodução social.

A forma como o Estado é construído e a perspectiva para a qual aponta vai cimentar, inclusive, as possibilidades de estratégias de gestão social voltadas à ampliação de sua dimensão universal e de aprofundamento de direitos. A gestão social, já dizia Silva (2010), é campo de tensão e de conflitos entre interesses de classes.

Considerando que nosso objeto de estudo se volta à análise da gestão da saúde com uma clara perspectiva de fortalecimento do SUS e de aprofundamento dos direitos e princípios de universalização, é imprescindível pensar sobre a administração pública do Estado brasileiro, questionando se há uma tendência à ampliação da sua dimensão universal ou à sua restrição. É preciso questionar se o Estado brasileiro tem sido palco estratégico para as lutas de classes e para o atendimento das demandas das classes dominadas e quais interesses de classe a sua ordem administrativa tem favorecido.

Nesse sentido, é imprescindível se valer da contextualização do próprio desenvolvimento das políticas sociais no Brasil, mas não sem antes compreender o processo de constituição do Estado brasileiro e de sua ordem administrativa a partir das particularidades de sua formação social e da constituição e desenvolvimento do capitalismo no país.

Souza Filho (2013) aponta que a administração pública brasileira surge e se consolida tendo como eixo central uma combinação de patrimonialismo e burocracia, conformando um sistema contraditório e coerente com a própria particularidade do nosso capitalismo periférico e dependente. O autor, portanto, faz uma análise sobre o que ele chama de “bifrontalidade”, da relação entre a dimensão racional-legal (burocrática) e patrimonialista da administração pública brasileira para explicar sua origem e desenvolvimento histórico e seus limites enquanto categoria de análise.

### **1.3 Particularidades do Estado e da Administração pública no Brasil**

Já discutimos em linhas gerais sobre o Estado no capitalismo e seu papel central na administração pública e os aspectos principais e fundamentais que lhe marcam, em especial trazendo a burocracia como elemento da expressão fenomênica e material do Estado no capitalismo, dando a total compreensão de que pensar a gestão pública de políticas sociais, requer pensar primeiramente a própria administração pública e os fundamentos do Estado moderno em sua intrínseca relação com o desenvolvimento do capitalismo.

Compreender a forma como se estrutura a administração pública é pressuposto da análise da gestão de políticas sociais e é importante dizer que a constituição do Estado brasileiro, das relações sociais, da administração pública, das políticas sociais e gestão de políticas sociais no país têm as marcas da formação sócio-histórica e cultural do Brasil, as quais se perpetuam até os dias de hoje.

O caminho teórico que estamos construindo parte da compreensão de que a administração pública não diz respeito à centralidade dos aspectos técnico-operativos (embora eles façam parte da estrutura racional-formal-legal do Estado e da administração pública), mas tem como base fundamental as complexas relações entre Estado e sociedade civil, por isso a administração pública brasileira e sua história devem ser compreendidas como partes pertencentes à dinâmica da própria formação social brasileira, que envolve aspectos como o elitismo, o patrimonialismo, a exclusão do povo das decisões, a condição de dependência, etc.

Caio Prado Jr (2011) afirma que não é possível avançar sobre reflexões quanto às questões da atualidade sem retomar o conjunto da nossa formação social, e que diversos fatores do contexto atual do Brasil se configuram, na realidade, como resquícios dos tempos coloniais.

Considerando que a história da administração pública é parte intrínseca da própria dinâmica da formação social brasileira, acreditamos ser importante destacar que esse processo tem traços particulares que influenciaram na formação do Estado nacional, na consolidação do capitalismo brasileiro, na conformação da burguesia nacional e na estruturação das relações sociais e de poder e que se perpetuam até os dias de hoje. Entre esses traços particulares podemos citar a condição de dependência em relação às economias centrais; a formação do capitalismo e da burguesia nacional por vias não clássicas, sinalizando movimento de continuidades

e não de rupturas com as estruturas de poder patriarcal e tradicional; o favorecimento exacerbado das elites vinculadas às oligarquias; o alijamento das massas populares dos processos de decisão; o estabelecimento de pactos de poder e dominação que perpetuam a relação entre burguesia agrária e industrial nacional com os centros do poder, mas sempre na condição de subserviência e dependência.

O Estado nacional, desde a sua formação, tem sua superestrutura composta por dois aspectos centrais: elementos ideológicos típicos de formações sociais que vivenciaram situações tardias de desenvolvimento capitalista; e, também, aspectos específicos da particularidade escravista e latifundiária do Brasil (Mazzeo, 1989).

A formação e o desenvolvimento do capitalismo no Brasil apresenta particularidades que não podem ser negligenciadas, como por exemplo, a característica cultural e histórica de processos feitos pelo “alto” e uma emancipação que não se realizou no horizonte de uma independência plena, mas que foi forjando ao longo da história novas formas de subsunção aos polos centrais.

É importante sinalizar que no capitalismo dependente o subdesenvolvimento econômico envolve a perpetuação de estruturas econômicas mais ou menos arcaicas e também promove uma modernização limitada no âmbito da economia, da sociedade e da cultura. Ou seja, promove o subdesenvolvimento paralelo em todos os setores da vida. (Fernandes, 2009)

Em virtude de suas bases arcaicas, o capitalismo no Brasil, experimenta pouca possibilidade para um desenvolvimento autossustentado, e se desenvolve de modo a socializar seus custos e privilegiar os interesses privados, aspectos que atravessam todo o contexto do desenvolvimento do capitalismo no país e estrutura as relações de classes.

Souza Filho (2013) afirma que a ordem administrativa sofre as interferências da formação social específica em que está inserida, e que, por ser componente de uma superestrutura, está também relacionada em alguma medida com as determinações oriundas das relações sociais de produção e de dominação que se estabelecem nessa formação social historicamente.

Este autor (Souza Filho, 2013) demonstra que a reconstituição da história da administração pública brasileira deve ser realizada, portanto, a partir da reflexão sobre a relação que existe entre ordem administrativa e dominação, e afirma, segundo o princípio weberiano, que cada tipo de dominação corresponde a um tipo de ordem administrativa. Ressalta-se, porém, que a concepção que se faz aqui de

dominação é aquela diretamente relacionada à dominação capitalista, ou seja, constitui campo de relação com o processo de desenvolvimento do próprio modo de produção capitalista.

A construção desse movimento de análise possibilita um ponto de vista totalizante sobre as condições, tensões e desafios existentes hoje no campo da administração pública e da gestão social, inclusive proporcionando identificar mecanismos e instrumentos que favorecem ou restringem as possibilidades da gestão voltar-se a universalização e aprofundamento de direitos.

Vários autores concebem que a administração pública brasileira passou por três fases ou momentos, Chiavenato (2008), por exemplo, refere que na Administração Pública no Brasil, são encontradas influências de teorias Burocráticas de Weber, resquícios da Administração Patrimonialista e, principalmente, a chamada administração gerencial, que desponta na década de 1990 vinculada à proposta de Reforma do Estado e a redefinição do seu papel. (Chiavenato, 2008).

Para Souza Filho (2009) o desenvolvimento da administração pública brasileira deve ser visto como algo que foi forjado através da necessidade de uma ordem administrativa que imbricasse elementos racional-legais (componente burocrático) com tradicionais (componente patrimonialista), relacionada ao pacto de dominação que se estruturou no contexto do direcionamento da industrialização brasileira.

Os diferentes ordenamentos administrativos do Brasil devem ser compreendidos, assim, a partir da sua relação com a estrutura de dominação que se estabelece. Dessa forma, se destaca que a origem da dominação da estrutura administrativa brasileira tem raízes no período colonial, constituindo uma dimensão marcadamente patrimonialista que se estabeleceu em duas direções, tanto a partir da própria estrutura de dominação imposta pela coroa portuguesa quanto pelo próprio desenvolvimento da estrutura econômica, social e política da ordem colonial fundada no poder dos proprietários rurais, marcado pelo poder patriarcal que exercerá influência, do ponto de vista da dominação, em toda história do país, do império à república.

“Por isso, consideramos fundamental sublinhar que a manutenção do patrimonialismo no Brasil não decorre apenas, nem sobretudo, da estrutura estatal do Estado centralizador, pois este tem de ir se burocratizando para atender às demandas da expansão capitalista e da construção da unidade nacional. Nem, tampouco, o patrimonialismo é produto do atraso de

parte de nossa elite econômica. Na verdade, o patrimonialismo brasileiro se mantém vivo devido, principalmente, à articulação que se efetiva, no início, sob a batuta do Estado Patrimonial colonial, entre a burguesia comercial e os proprietários rurais, selando uma conciliação entre os interesses divergentes e visando realizar a dominação política no País.” (Souza Filho, 2013, Pág. 85).

Em virtude da finalidade mesma da colônia, voltada à exploração, três questões devem ser destacadas: primeiro que a administração colonial não supunha uma estrutura formal-racional de corte burocrático<sup>8</sup>. Em segundo lugar, esse período marca o início do processo de fortalecimento político dos proprietários rurais na ordem administrativa<sup>9</sup>. Por último, destaca-se que o pacto de dominação firmado nesse período se efetiva mediante um processo de exclusão das massas populares. Esses traços vão marcar toda a história de dominação do país.

Lescura, Freitas Jr. e Pereira (2013) apontam que o Brasil, na era colonial, caracterizava-se por uma unidade política centrada na imagem do rei e que a legislação da colônia se pautava em determinações de cunho particular, não existindo normas gerais a serem seguidas, hierarquias e definições de competências, predominando, portanto, os costumes e as tradições emanadas do rei e da nobreza. A esfera privada confundia-se com a pública, ou, ocorria a invasão do Estado pela família. Também não havia distinção entre a esfera econômica e política, acarretando, assim, a apropriação do patrimônio estatal por parte dos representantes do Estado. No período colonial, a administração pública era marcada pelo caráter patrimonialista, tornando a organização governamental “muito mais um bem a ser explorado, que uma estrutura funcional a serviço do interesse público”.

Seguindo o percurso histórico e social dessa formação social, o Brasil entra no período Imperial, sob intervenção do Estado patrimonialista Português, em um contexto em que a economia de moldes coloniais começa a entrar em crise face às novas exigências de desenvolvimento do capitalismo industrial das economias

---

<sup>8</sup> Nesse sentido, o embrião da estrutura burocrática de administração só chega ao Brasil a partir de 1808 com a chegada da corte ao Rio de Janeiro, em que as decisões sobre comércio internacional e relações exteriores passam a ser tomadas no Brasil pelo aparato do Estado português que migrou para o Brasil.

<sup>9</sup> Eles não eram o centro do poder colônia, mas cumpriram um papel fundamental em defesa do poder central, cuja influência na ordem administrativa brasileira se expressará com potência mais na República Velha, ou Primeira República

centrais, que transcende o processo de acumulação primitiva oriunda da exploração de produtos coloniais.

Face à necessidade de realização de uma integração nacional e de expansão da economia mercantil a estrutura de dominação predominante necessita ampliar as condições políticas, jurídicas e institucionais para efetivar essa expansão, dando início a um processo de ordenamento racional-legal, e de desenvolvimento da dimensão burocrática do Estado nacional.

Porém, assim como no Brasil não houve uma típica Revolução burguesa, conforme nos apontam os estudos de Mazzeo (1989) e Fernandes (2009) e também não se sucedeu ao desenvolvimento capitalista nos mesmos moldes das economias centrais<sup>10</sup>, a construção do Estado Nacional e de sua ordem burocrática também apresenta particularidades, tanto que essa burocracia se fez de forma que suprimiu a dimensão da impessoalidade típica da estrutura burocrática, em que a construção do Império ocorreu mantendo a estrutura de poder colonial, caracterizando a lógica tradicional patrimonialista;

A crise da economia mercantil escravista a partir de 1860 e as exigências do próprio desenvolvimento do capitalismo central tiveram como um de seus desdobramentos a implantação da República no Brasil. Nesse período, contudo, o poder político se manteve sustentado com base na estrutura coronelista e da tradição do mandonismo, oriundas da estrutura patriarcal colonial<sup>11</sup>, o que fazia com que os empregos na administração pública fossem ocupados por funcionários comprometidos não com a impessoalidade no trato da administração pública, mas

com as intenções dos chefes de poder, fortalecendo a dimensão patrimonialista da administração pública em sua vertente local, incluindo a frequente utilização do poder estatal para cumprimento de interesses privados, deixando tênue a linha entre interesse público e privado.

Na Primeira República, portanto, a administração pública brasileira e a burocracia estão restritas aos interesses da oligarquia. O Estado, enquanto estrutura

---

<sup>10</sup> A formação do capitalismo no Brasil, assim como nas demais economias dependentes, como realidade histórica, não tem relação com o modelo “clássico” de desenvolvimento capitalista, haja vista a complexidade da totalidade que envolve sua economia e suas relações. Fernandes (2009)

<sup>11</sup> Souza Filho (2013) destaca que o coronelismo é uma expressão do mandonismo local, em que a relação do favor entre coronéis e população local era um traço forte e garantidor do poder, a capacidade de mobilização eleitoral favorecia a influência dos coronéis em nível estadual e nacional.



de dominação, está voltado aos interesses das classes dominantes oligárquicas, a lógica racional-burocrática, necessária ao desenvolvimento capitalista, se mantém de forma articulada à lógica patrimonialista, necessária à manutenção do poder, do mando e da utilização privada do bem público.

Souza Filho (2013), portanto, resume esse período da administração pública como de pré-burocrático e afirma que ela se consolida na estrutura local de dominação, se inicia com a dimensão patriarcal do senhor colonial, desenvolve-se através da experiência descentralizadora do império e chega ao seu ponto de maturação na República Velha através do sistema coronelista.

A Independência do Brasil fez surgir um conglomerado de estruturas oligárquicas de poder espalhadas por todo o país. Duas grandes forças dominavam o sistema político: de um lado, encontravam-se os grandes proprietários de terra, sob a força de famílias patriarcais, relações clientelísticas e laços de sangue; e de outro lado, um Estado central, que funcionava como mediador entre os interesses das diversas regiões e grupos sociais. Tal situação perdurou até o fim da República Velha (1889-1930) (Lescura, Freitas Jr. e Pereira, 2013).

Assim, os autores que dividem a história da administração pública no Brasil em três grandes momentos, apontam que o primeiro momento, portanto, inicia-se com o Brasil colônia e estende-se desde o Império até a República Velha (1889-1930) (Lescura, Freitas Jr e Pereira, 2013), sendo caracterizado como um sistema majoritariamente patrimonialista.

Souza Filho (2013) afirma que a ordem administrativa brasileira chega ao fim da primeira República e na inflexão dos anos 30 do século XX tendo como elementos estruturais a burocracia e o patrimonialismo.

A chamada Revolução de 1930 é um ponto de inflexão na trajetória do Brasil e da administração pública brasileira, pois representa o início de um novo projeto político para a sociedade baseada na industrialização e urbanização sob comando da intervenção estatal. Marca um momento importante do nosso trabalho porque no bojo das transformações pelas quais passa o país, desponta, no contexto da centralidade da ação estatal nesse período, o debate sobre ações na área social e no campo das Políticas Sociais.

Muitos autores apontam o pós Revolução de 30 como sendo o início de um processo de maior racionalização da administração (embora já tenhamos apontamos que em nossa perspectiva as transformações na ordem administrativa não se

pautam puramente em evolucionismo, mas se estabelecem tendo como pano de fundo o pacto de dominação firmado em virtude do desenvolvimento do capital).

Para Lescura, Freitas Jr e Pereira (2013) as primeiras tentativas de se burocratizar a administração pública ocorreram durante o governo de Getúlio Vargas (1930-45), com a implementação da chamada Reforma Burocrática, visando profissionalizar o funcionalismo público.

Para Chiavenato (2008), no Brasil, o modelo de administração burocrática emerge a partir dos anos 1930, no período do Governo Vargas, no quadro da aceleração da industrialização brasileira em que o Estado assume papel decisivo, intervindo pesadamente no setor produtivo de bens e serviços. O autor aponta que a implantação da administração burocrática no Brasil significou um processo de racionalização nunca visto na administração pública nacional até então e uma clara consequência da emergência de um capitalismo moderno no país. Entretanto, ao contrário de se tratar de uma consequência da emergência do capitalismo, acreditamos que o aprofundamento das bases burocráticas do Estado foi condição para o desenvolvimento da urbanização, industrialização e do capitalismo no país, conforme vamos abordar.

Do ponto de vista da ordem administrativa e econômica, o período Vargas contou com uma intervenção estatal voltada à ampliação, desenvolvimento e fortalecimento da estrutura burocrática do Estado enquanto condição para a implantação (1930/50) e a aceleração (1950/80) da acumulação e expansão das relações capitalistas no Brasil, a partir de uma aliança entre burguesia industrial emergente e setores da oligarquia agrária, cuja estrutura de dominação continuou combinando elementos burocráticos e patrimonialistas como fator fundamental para operar a dominação de classe existente, porém, em proporções diferentes em relação aos períodos anteriores. (Souza Filho, 2013)

As mudanças que acontecem após 1930 evidenciam o fortalecimento da burguesia industrial na estrutura de poder (entre 1930/50) e depois a conquista de sua hegemonia (de 1950/80), acabando por deslocar o lugar das oligarquias agrárias do pacto de dominação, fazendo com que deixem de ser hegemônicas. (Souza Filho, 2013)

O Estado estruturou uma burocracia fortemente autoritária, se fortalecendo e se colocando como protagonista do processo de expansão capitalista. A burocracia passa a se sobrepor paulatinamente à dimensão patrimonialista.

Como marco fundamental do fortalecimento de uma estrutura burocrática no Brasil, há destaque para a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (Dasp), em 1938, como órgão responsável para organizar e desenvolver a administração numa perspectiva racional-legal, apresentando contorno nitidamente weberiano. Junto a ele foi iniciado, também, um amplo processo de criação de estatutos e normas para áreas fundamentais da administração pública.

A expansão da burocracia pública via Dasp e suas extensões, nesse contexto, contribuiu para o fortalecimento do poder central, em conjunto com a tarefa de expansão capitalista. Esse processo constituiu a modernização conservadora na administração pública, em que ela passou a ter um caráter racional-legal e de especialização nas questões referentes à industrialização e centralização de poder.

Avançando no curso da história, na década de 1950, a economia brasileira vivenciava um novo patamar de desenvolvimento caracterizado pela intensificação do processo de industrialização, cujo pacto de dominação se pautava na subordinação ao capital internacional e sua articulação com setores tradicionais, embora objetivasse o desenvolvimento nacional, contando com intervenção estatal em investimento em infraestrutura e indústria de base, caracterizando-se como projeto desenvolvimentista.

Nessa fase a estratégia administrativa sinaliza para a reprodução de características centrais da administração pública que vinham se estruturando a partir de 1930, cujos traços de patrimonialismo se expressam, sobretudo, através da manutenção do poder dos governadores de Estado e da implementação de políticas sociais, no âmbito local.

Nesse contexto evidenciava-se uma nova forma de apropriação do público pelo privado que não se confunde com o patrimonialismo tradicional. A Gestão patrimonialista confunde o bem público com o privado, na medida em que os bens pertencem ao senhor, cuja dominação é de caráter tradicional.

Já a gestão racional capitalista identifica claramente os limites entre a esfera privada e a pública, portanto, o privilégio concedido a uma determinada classe social a partir da utilização dos recursos públicos é feito dentro de uma racionalidade instrumental voltada ao desenvolvimento capitalista, e não a partir de atributos tradicionais. Dessa forma, as ações legais desenvolvidas pelo Estado são racionais e não patrimonialistas, ainda que beneficiem privadamente alguns setores

específicos. O modelo político implantado para impulsionar a industrialização oferece bases institucionais para um novo padrão de regulação público/privado.

A existência de traços tradicionais e que não compatibilizam com a dimensão da impessoalidade e formalidade na estrutura da administração pública (como por exemplo os canais informais criados pelo Estado para se relacionar com a sociedade que não estabelecem impessoalidade e regras formais, e a forma de recrutamento do quadro administrativo que não utiliza a seleção pública por mérito e não privilegia a impessoalidade) não configura essa estrutura como fundada na ordem patrimonialista, mas aponta para traços patrimonialistas.

Com essa organização, a dimensão racional da burocracia se desenvolve parcialmente e a potencialidade da dimensão burocrática em operacionalizar interesses de classes não dominantes fica extremamente restrita, criando uma arena decisória na burocracia federal afastada da democracia.

Souza Filho (2013) destaca que há uma relação direta entre o que ele chama de dimensão insulada da burocracia (“produzida pela ausência de impessoalidade no recrutamento e no estabelecimento de canais de interlocução da especialização e competência técnica do corpo burocrático” Souza Filho, 2013, Pág. 122) e o processo de privatização do Estado.

Lescura, Freitas Jr e Pereira (2013) assim, discutem sobre o conceito de neopatrimonialismo (em sua relação com o nepotismo) afirmando que ambos são traços culturais que se encontram profundamente imbricados. Aponta que, em razão da tradição patrimonialista no Brasil, os empregos no âmbito do Estado costumam estar relacionados aos interesses pessoais e não aos interesses públicos. O nepotismo surge como uma prática inerente ao patrimonialismo, vinculado à escolha dos indivíduos em função de questões pessoais e não meritocráticas.

Quanto ao chamado “neopatrimonialismo”, não está somente associado à sobrevivência do patrimonialismo na sociedade atual, mas se refere à dominação da estrutura do Estado pela classe política e pela tecnocracia. Lescura, Freitas Jr e Pereira (2013) sugerem que o neopatrimonialismo ocorre nas sociedades que se burocratizaram a margem de uma revolução burguesa clássica. Conforme afirmamos no início do item, a transição do Brasil ao capitalismo não se fez, de fato, da mesma forma que nas economias centrais, a partir de uma verdadeira revolução burguesa.

A forma como se deu o advento de um capitalismo no Brasil, com a composição de uma burguesia a partir de uma elite agrária fez com que essa burguesia perpetuasse traços de comportamentos tradicionais. No Brasil, há uma coexistência entre o arcaico e o moderno.

Esse novo patrimonialismo, fundamentado no cruzamento de interesses de classes dominantes e o Estado, se encontra perpetuado na administração pública, da mesma forma, o nepotismo também é reproduzido no modelo administrativo atual, à despeito da existência de leis que o coíbam (Lescura, Freitas Jr e Pereira, 2013)

Para Chiavenato (2008) O modelo burocrático no Brasil, de viés weberiano, influenciou também, a administração de recursos humanos, coexistindo ao lado de resquícios do patrimonialismo no quadro político brasileiro. Este autor, ao retratar a história da administração pública no Brasil, considera que o modelo constituído no Período Vargas apresentava evidentes inadequações, motivo pelo qual afirma que diversas foram as tentativas de modernização administrativa na direção de uma administração gerencial entre as décadas de 1960 e a década de 1980.

Para Lescura, Freitas Jr e Pereira (2013) a primeira tentativa de uma reforma do Estado no Brasil ocorreu durante o período da ditadura militar, em 1967, alimentada pela ideia de que deveria haver distinção entre os serviços públicos da administração direta e indireta. A administração direta continuaria submetida a um poder central, obedecendo a todos os requisitos da burocracia, enquanto a administração indireta passaria a ter um caráter mais descentralizado.

Souza Filho (2013), no entanto, considera que a Reforma administrativa ocorrida em 1967, em plena ditadura militar, se expressava na aparência, como um novo modelo de gestão, mas que em essência, acabava por potencializar, normatizar e institucionalizar os elementos e mecanismos advindos da década de 50 para consolidar o processo de monopolização capitalista;

O período de ditadura militar se configura como o momento em que a estrutura do Estado e da administração pública, no quadro da expansão capitalista, se organizam de forma que os interesses da classe trabalhadora ficam subalternizados. A articulação político-social do Estado estruturado no pós-golpe de 1964 expressa o rearranjo político das forças socioeconômicas a que interessam a manutenção e a continuidade do padrão de desenvolvimento dependente e

associado; este Estado promove uma readequação às condições externas e internas.

O desenvolvimento capitalista em sua fase monopólica necessita de um elevado grau de estabilidade política, ou seja, uma extrema concentração de poder político estatal.

“No contexto do desenvolvimento e consolidação da fase monopólica do capitalismo brasileiro (1950-1979), a materialidade da configuração da administração pública brasileira pode ser vista, resumidamente, da seguinte forma: a) para as questões de segurança, relações internacionais e questões fiscais – burocracia valorizada e reconhecida; b) para a questão social – mix de burocracia centralizadora, autoritária e sucateada, fundada no corporativismo estatal (Estado controlando as instituições da sociedade civil, principalmente as vinculadas ao trabalho, para viabilizar a incorporação seletiva e regulada) e patrimonialismo, fundado na estrutura clientelista (para garantir lealdade política de setores tradicionais...c) para a intervenção nas questões diretamente econômicas (política monetária, fiscal, industrial)- burocracia insulada, baseada no corporativismo estatal (Estado privatizado por interesses do capital- a expressão material dessa estrutura burocrática são as administrações indiretas criadas no regime militar...” (Souza Filho, 2013, pág. 140).

Assim, o desenvolvimento da administração pública manifesta-se como um movimento de continuidade e ruptura. Ela se manifesta de forma que inicialmente se deu pela conquista de hegemonia, no seio da classe dominante, de um projeto burguês de industrialização e urbanização; depois na incorporação seletiva das classes dominadas até os anos 60, e universal com baixa qualidade e repressiva no pós 64; pela ampliação da esfera burocrática da administração pública, a partir de 60, tanto para desenvolvimento econômico capitalista quanto para organização de políticas sociais.

O desenvolvimento da administração pública ao longo do século XX se constitui sobre as marcas particulares dessa formação social, sobre os traços e aspectos culturais, sociais e econômicos do Brasil desde a Colônia, passando pelo Império até a República Velha. Identifica-se uma imbricação da dimensão burocrática com a dimensão patrimonialista na estruturação da administração pública brasileira. E esse entendimento é crucial para refletirmos as particularidades da administração pública do século XXI.

Adotamos a perspectiva de Souza Filho (2013) para fazer o balanço da administração pública no Brasil, porque concordamos com sua abordagem teórico-metodológica no sentido em que seu destaque não está na descrição dos diferentes

modelos de administração pública, mas na compreensão de que as transformações na ordem administrativa no Brasil correspondem ao movimento global de desenvolvimento do próprio capitalismo brasileiro. Este autor propõe fugir de leituras endógenas e evolucionistas da administração pública (que interpretam a história da ordem administrativa brasileira como se fosse a história das ações voltas à sua racionalização, ou que simplesmente destaquem o patrimonialismo, a burocracia e o gerencialismo como modelos sucessivos de gestão e substitutivos um do outro em virtude de aprimoramento) a despeito dos pactos de dominação forjados ao longo da história necessários à expansão capitalista. Assim, destaca-se que:

“No período de 1930 até o final da ditadura militar, o que ocorre no Brasil, em termos de desenvolvimento da ordem administrativa, é a sua organização para operacionalizar a expansão de nosso capitalismo periférico, dependente e associado, do início da industrialização até a fase de consolidação monopólica, conduzido, desde sua origem, pelo pacto de dominação estruturado pela articulação entre interesses agrários tradicionais e a burguesia industrial, incorporando os setores populares de forma ‘seletiva e ‘regulada’.” (Souza Filho, 2013 pág. 105)

O Brasil sai do período de Ditadura Militar na década de 1980 no contexto de crise mundial que começou a se manifestar desde meados da década de 1960 e que trás como elemento crucial o que ficou conhecido como “globalização” financeira, produtiva e comercial, atrelada à diversificação e expansão do comércio exterior como estratégia desenvolvida para enfrentar a situação de crise e propiciar uma nova inserção internacional.

Assim, o início da “Nova República” se dá num contexto de instabilidade e crise econômica, advindas do esgotamento do próprio modelo de desenvolvimento brasileiro e do sistema capitalista mundial. O país nem superou a crise econômica, nem avançou na ampliação de políticas sociais e não equilibrou o déficit social, pelo contrário. Porém, do ponto de vista político, abriu-se a possibilidade para a redefinição das correlações de força no país com o desenvolvimento de novos movimentos sociais reivindicando melhores condições de vida. Evidenciou-se uma ampliação do processo de consolidação de uma ordem mais democrática, em que os movimentos sociais foram protagonistas e com participação no processo de redemocratização e elaboração da nova Constituição Federal de 1988, que apresenta a organização da nova estrutura administrativa do Estado, de orientação fundamentalmente democrática, baseada em um pacto federativo e trazendo a

organização e função dos entes da federação, bem como formalizando um pacto de compromisso do Estado com a Sociedade civil, abrangendo em seu escopo, a institucionalização de Políticas Sociais.

As lutas na área social foram aquelas que mais obtiveram êxito. Na “nova República” se produziam excelentes diagnósticos sobre as principais questões da administração pública, embora as ações nessa área tenham sido restritas e, na prática, a estrutura da administração pública contenha traços patrimonialistas, vinculados à dimensão tradicional da estrutura de dominação vigente.

Algumas propostas democráticas para a administração pública voltadas para o fortalecimento de sua dimensão burocrática foram inseridas na carta constitucional, sobretudo, aquelas voltadas ao quadro de pessoal, como por exemplo, procedimentos para garantia da impessoalidade e o mérito na estruturação do quadro de pessoal (concurso público); plano de carreiras e salários, etc. Também são criados mecanismos de democratização e controle social.

Assim, a relação entre a Constituição de 1988 com a administração pública é de buscar tentar garantir preceitos importantes da burocracia do Estado inaugurados nos anos 30, principalmente a impessoalidade, o mérito e a proteção do cargo, expansão de controle democrático, normas a serem seguidas bem como a intenção de evitar ação auto-referenciada da burocracia e seu “insulamento”, apesar de reconhecer a existência de certos privilégios para o funcionalismo público.

Com isso, estrutura-se no país um paradigma legal-institucional, via constituição Federal que trás fundamentos para um Estado de Bem-estar com fortes elementos democráticos e viabilizador de direitos pautados numa ordem administrativa burocrática.

Considerando que a Constituição Federal de 1988 é o atual ordenamento jurídico do Estado brasileiro, o concretizando como uma República Federativa, cabe algumas reflexões sobre ela e sobre a estrutura federativa, de repartição dos poderes que ela delimita e as ações da cada unidade federativa.

A constituição é um conjunto de regras de governo que rege o ordenamento jurídico de um País. Ela deve regular e pacificar os conflitos e interesses de grupos que integram uma sociedade. Para isso, estabelece regras que tratam desde os



direitos fundamentais do cidadão, até a organização dos Poderes; defesa do Estado e da Democracia; ordem econômica e social."<sup>12</sup>

A Carta Magna brasileira possui uma estrutura que versa, entre outras coisas, sobre a Organização do Estado e a Organização dos Poderes, os quais estamos destacando porque eles fundamentam a forma organizacional e a estrutura de funcionamento formal do Estado brasileiro.

No título III (DA ORGANIZAÇÃO DO ESTADO), CAPÍTULO I, DA ORGANIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA, encontramos o artigo 18º que expressa que a forma da organização político-administrativa da República Federativa do Brasil "compreende a União, os Estados, o Distrito e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição."

Trata-se de um pacto federativo, em que os Estados Federados: União, Estados e Municípios possuem relativo autonomia e são regidos por leis adotadas em seus respectivos territórios, ressaltando os princípios da Constituição.

No CAPÍTULO VII, que versa sobre a ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, fica expresso no artigo 37º que: "A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência" (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

Entretanto, mais do que um marco regulatório e jurídico da estrutura e função do Estado brasileiro, o constitucionalismo brasileiro é marcado pela influência das lutas políticas e econômicas que ocorreram no interior da sociedade ao longo de sua evolução, e ler a Constituição sem essa compreensão leva o intérprete a considerar a ordem jurídica apenas como uma construção racional-abstrata, perdendo um traço importante do conteúdo da norma, que é o seu assentamento histórico.

Nesse sentido, é preciso pontuar que a história do constitucionalismo coloca em evidência o próprio federalismo, porque, apesar da ideia de Estado Federal ser relativamente nova, nos últimos duzentos anos ela tem promovido grandes repercussões nas constituições no que tange a repartição de competências entre os entes que o compõem.

---

<sup>12</sup> <http://www2.planalto.gov.br/conheca-a-presidencia/acervo/constituicao-federal> (acessado em Fevereiro/2019)

Devemos entender o federalismo como um princípio político fundamental, que tem como objetivo unificar totalidades políticas diferenciadas em um conjunto de regras comuns, postas de modo a efetivar uma colaboração comum entre seus componentes. A ideia de Federalismo é bastante elástica, cabendo, portanto, enfocar os elementos e a especificidade que ganha em cada Estado.

Só é possível falar de Estado Federal mediante a sua criação dada pela Constituição, assim, o federalismo sempre será um variante histórico assentado no terreno constitucional.

Somente o poder constituinte pode fundar o Estado Federal. Ao propor a Constituição, este deve traçar os delineamentos básicos da organização federal, designando taxativamente as raias de competência entre Estado Federal e os Estados membros, dando forma às instituições e conferindo autonomia político-administrativa para cada um, sujeitando a todos a sua ordem constitucional.

O Estado Federal, assim constituído, deve atentar para o atendimento de dois princípios básicos do pacto Federativo, sendo eles o da participação, em que todo Estado-membro é parte ativa no processo de elaboração da vontade política da organização do aparelho institucional da Federação; e o princípio da autonomia, em que os estados-membros têm liberdade para estabelecer suas competências de seus órgãos e exercendo quase todos os poderes que goza a Federação, desde que sob a observância dos princípios básicos da Constituição Federal.

A Constituição é a base, onde há de se edificar a construção federativa. Cada Estado-membro, conforme o princípio federativo, tem sua parcela dos três poderes: legislativo, executivo e judiciário, igualmente ao Estado Federal, somente em proporção relativa ao seu território.

Recuperando as características da formação social brasileira e sua influência na formação do Estado Nacional e sua estrutura administrativa, é preciso apontar que a trajetória histórica da constituição dessa estrutura envolve momentos de centralização e de descentralização; também evidencia-se a elaboração de diversas Constituições e tentativas de instauração de uma ordem federativa. Entretanto, ao longo da história, o federalismo no Brasil foi muito mais um constructo teórico do que uma aplicação prática em virtude de não se estabelecer como expressão direta do povo, ou seja, a estrutura da administração do Estado no Brasil, historicamente, não se materializava como instância de contemplação da vontade e da participação do povo.

A Constituição Brasileira de 1988 foi produto da “Terceira onda de democratização” na qual o Brasil estava envolvido. A necessidade de sair do quadro de centralização instaurado durante o regime militar levou a necessidade de novamente repensar o federalismo brasileiro.

A convocação da Assembleia Constituinte e a redação do texto foram a prova da busca pelo pluralismo político e a implantação da democracia participativa. Todos os partidos estavam nela representados, assegurando, inclusive, a representação das minorias, nas subcomissões dos municípios e estados, assim como nas de sistematização.

Entretanto, uma crítica vem sendo construída sobre o modelo federalista de 1988 no sentido em que, esperava-se dele, junto à restauração e aprofundamento da democracia, a promoção do desenvolvimento regional e uma política constitucional de crescimento socioeconômico em prol do término das disparidades entre os Estados. É importante notar que o sistema de divisão de competências é dotado de pouca operabilidade prática, e, apesar de ter sido adotado o sistema trinário, elencando formalmente a União, Estados e Municípios como entes federativos, existem algumas diferenças de ordem material entre eles. A competência dos Estados foi estabelecida como residual. E aos Municípios, entretanto, não foi concedida possibilidade de participação no Congresso Nacional, o que fez com que se afirmasse que ele não constitui um ente federativo em termos materiais. Ou seja, a forma pouco prática de realização da repartição das competências entre os entes federativos se desdobra na forma como a diretriz da “descentralização político-administrativa”, tão importante no campo do planejamento, gestão e implementação das Políticas Sociais, se desenrole de forma pouco eficiente, de modo que a descentralização mais se assemelha à desresponsabilização do poder central e à municipalização da assistência.<sup>13</sup>

Dito isso, apesar dos inegáveis avanços, alguns autores tem para com a proposta administrativa presente na Constituição Federal uma relação de crítica (que não é a mesma crítica que acabamos de fazer) e a sua utilização como justificativa para proposição de modificações extremas em seus preceitos.

---

<sup>13</sup> As reflexões sobre o federalismo e o constitucionalismo no Brasil foram extraídas do artigo online “A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO FEDERALISMO BRASILEIRO: Uma análise histórico-sociológica a partir das Constituições Federais- Ronaldo Alencar dos Santos e Priscilla Lopes Andrade” - <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=a424ed4bd3a7d6ae> (acessado em Fevereiro/2019).

Dentre esses autores, destacamos o próprio Bresser Pereira (1998, 1999) ideólogo do projeto da Reforma Administrativa do Aparelho do Estado, que viria ser implementada na década de 1990.

A exemplo das críticas que se faz à estrutura administrativa presente na Constituição Federal de 1988, Chiavenato (2008) considera que a construção da nova Constituição Federal, apesar de apresentar avanços inquestionáveis do ponto de vista dos direitos civis, políticos e sociais, não acompanhou a expectativa por uma modernização administrativa, e que a administração pública e a Constituição teriam ficado marcadas por um grande engessamento do aparelho do Estado, sinalizando um retorno à burocratização.

“A nova Constituição determinou a perda da autonomia do Poder Executivo para tratar da estruturação dos órgãos públicos, instituiu a obrigatoriedade de regime jurídico único para os servidores civis da União, dos Estados-membros e dos Municípios, e retirou da administração indireta a sua flexibilidade operacional, ao atribuir às fundações e autarquias públicas normas de funcionamento idênticas às que regem a administração direta.” (CHIAVENATO, 2008, 111).

Quanto à estrutura de dominação, Souza Filho (2013) afirma que, apesar do fortalecimento das forças democráticas que vinha desde o final dos anos 1970 e da maior interferência das camadas populares na estrutura de dominação no país, não houve força suficiente para fragilizar a coalizão das classes dominantes, cuja articulação entre burguesia nacional e dependente e os velhos setores tradicionais foi mantida, preservando traços conservadores, patrimonialistas e autoritários.

O contexto do fim dos anos 1980 e início dos anos 90, contudo, trás mudanças significativas na sociedade capitalista e na organização do processo produtivo, crises econômicas que põem em xeque o padrão de regulação social vigente, e a ofensiva liberal-conservadora impõe ao mundo uma hegemonia ideológica pautada na perspectiva de liberalização do mercado. Nesse sentido, entra em pauta a reestruturação do Estado do ponto de vista de seu papel regulador da sociedade.

Na direção do enfrentamento da crise econômica, o projeto brasileiro desenvolvimentista é reeditado e organiza-se para orientar uma intervenção social pautada nas teses neoliberais, cujo projeto foi operacionalizado no Brasil através da manutenção das mesmas regras estruturais do antigo pacto conservador, sobretudo

nas relações entre Estado e o capital privado, na regulamentação do mundo do trabalho, na organização das instituições políticas e na construção de uma nova soberania nacional. Nesses termos se processa a contrarreforma do Estado brasileiro e, no seu bojo, a contrarreforma da administração pública, com horizonte marcadamente de transnacionalização.

É com base no entendimento de que o desenvolvimento da administração pública brasileira deve ser visto como algo forjado no contexto dos redirecionamentos do desenvolvimento capitalista pautado sobre um pacto de dominação afim, que se processa aquilo que alguns autores vão considerar como o terceiro momento da administração pública no Brasil, a administração gerencial.

Para autores do campo crítico, o que evidenciou-se foi um processo de mudanças do padrão de regulação social e de relação entre Estado, mercado e sociedade civil que compatibiliza com uma verdadeira contrarreforma do Estado e, no seu bojo, a contrarreforma administrativa, a proposta da administração pública gerencial no Brasil tem aspectos que precisam ser considerados e que estão para além de um modelo de administração, mas que tem intrínseca relação com a orientação de uma política econômica internacional, de cunho neoliberal e, pela importância de um debate que não omita as complexas relações que envolvem mercado, Estado e sociedade civil nesse contexto de acumulação e expansão do capital, bem como buscando uma análise crítica, faremos esse debate no próximo item.

### 1.3.1 A Contrarreforma do Estado e administração pública gerencial - uma análise crítica e o neoliberalismo em questão: modernização administrativa ou restrição da dimensão universal do Estado?

Estudiosos de temas sobre administração pública afirmam que a década de 1990 no Brasil representou uma nova perspectiva de mudança organizacional e cultural, cuja edição do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado de 1995, idealizado por Bresser Pereira e realizado no governo Fernando Henrique Cardoso, inaugurou a implantação, no Brasil, do chamado modelo gerencial da administração,

ao mesmo tempo em que se vivenciava o aprofundamento da política de viés neoliberal. (CHIAVENATO, 2008, pág. 98).

O modelo de administração gerencial foi conformado sobre a justificativa de incremento da eficiência e da qualidade na prestação dos serviços públicos. Visava redimensionar e redefinir as funções do Estado enquanto resposta à crise generalizada que se manifestava mais claramente no Brasil a partir da década de 1980 em que algumas de suas causas foram atribuídas, como justificativa para a reforma, à ineficiência administrativa do Estado.

A Reforma do Aparelho do Estado<sup>14</sup> era defendida como uma necessidade urgente perante o quadro de crise, e a redefinição das funções do Estado se voltava a reestruturação econômica do país. Embora a justificativa de fundo fosse uma reestruturação administrativa, no campo político a intenção da reforma não era rever iniquidades históricas quanto às desigualdades sociais, mas desafogar o Estado das múltiplas funções que ele havia acumulado, fato que era apontado como a causa de sua própria crise e da crise econômica dos anos 1980. (Presidência da República, 1995).

Bresser Pereira (1998), ideólogo da Reforma do Estado, refere que essa Reforma teve como documentos norteadores e orientadores (principalmente) a proposta de emenda constitucional no capítulo sobre Administração pública (conhecida como a **Reforma Administrativa**), e o **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**, que fez o balanço da crise do Estado e reorientou sua ação em direção a uma administração pública gerencial.

O autor afirma que essa “reforma” tinha como objetivo facilitar processos de descentralização, desburocratização e aumento da autonomia de gestão. Ele realizou uma crítica ao modelo de Administração colocada na Constituição de 1988, classificando-a como centralizadora.

O primeiro documento norteador dessa “reforma” do Estado (A **Reforma da emenda Constitucional - ou Administrativa**) versou basicamente sobre questões relativas ao trabalho no serviço público e sua relação com a questão da eficiência, a da qualidade dos serviços e o custo-benefício, colocando em questão o princípio constitucional da estabilidade dos servidores.

---

<sup>14</sup> O aparelho do Estado seria definido como todo o conjunto da administração pública em sentido amplo, estrutura organizacional do Estado, que é dividido em três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e em três níveis (União, Estados-membros e Municípios). (Chiavenato, 2008)

Esse primeiro documento norteador da chamada Reforma do Estado, trouxe uma nova proposta de gestão da força de trabalho no setor dos serviços públicos, adotando uma lógica produtivista claramente transposta do setor privado para o público e abrindo precedente para a desvinculação de servidores estatutários e contratações sob outros regimes trabalhistas, cujos impactos são diversos e seria necessário um capítulo à parte, mas que claramente corrompe a direta relação do serviço público com o princípio da impessoalidade. Bresser Pereira (1998)

Souza Filho (2009) afirma que a reforma administrativa era uma das dimensões da proposta de contrarreforma do Estado e estava diretamente vinculada ao projeto neoliberal que, como estratégia de reestruturação do capital desdobrou-se em três dimensões articuladas: ofensiva ao trabalho, reestruturação produtiva e a reforma do Estado. A Reforma do Estado se volta à desregulamentação e desimpedimento da acumulação do capital. Existe uma relação direta entre a orientação política neoliberal e a formulação teórica que fundamenta a proposta de contrarreforma administrativa (Souza Filho (2009)

Já o segundo documento norteador da “contrarreforma” do Estado, que foi o **Plano Diretor** da Reforma do Aparelho do Estado, propôs uma nova relação entre Estado e sociedade e entre Estado e mercado no que se refere à oferta dos serviços.

No que concerne a este Plano, ele aponta que a estratégia gerencial básica de gestão adotada para o governo federal, a partir dessa administração gerencial, é a chamada “gestão pela qualidade”, também importada do setor privado para o público com alguns ajustes, em que a principal diferença seria a exclusão do critério do lucro. (Bresser Pereira, 1998).

Essa iniciativa tem como objetivo a dimensão da adequação organizacional às práticas e princípios de gestão pela qualidade. Essa lógica de gestão englobaria uma dimensão formal (que inclui a competência para aplicar e produzir métodos, técnicas e ferramentas) e uma dimensão política que, segundo Bresser Pereira (1998) se refere à competência para conduzir as organizações públicas a atenderem às necessidades dos cidadãos-clientes. Evidencia-se foco em uma dimensão instrumental da administração pública, na execução e nos meios, contudo, não se questiona o lugar da dimensão ético-política, ou o lugar de debate quanto às finalidades das ações estatais e quanto a esses interesses coletivos.

Em tese, a administração passa a se voltar para resultados enquanto estratégia que busca redimensionar as funções dos Ministérios, fazendo com que eles se voltem à função de planejamento, formulação e avaliação, e não de execução, se atentando, para tanto, a duas condições: à distribuição de papéis entre os entes federativos e transformações organizacionais que permitam tornar sua ação mais racional e eficiente, com destaque para a descentralização. Entretanto, há de se fazer uma crítica à operacionalização do princípio da descentralização, sobretudo no campo das políticas sociais, uma vez que sinalizou, muito mais para a desresponsabilização do poder central do que para o planejamento de ações partilhadas entre entes federativos.

O Plano da Reforma prevê reorientação estrutural tanto para as atividades exclusivas quanto não-exclusivas do Estado. As agências executivas (voltadas às atividades exclusivas) se voltam a cumprir a orientação de se retirar dos ministérios a função de execução. Se direcionam à implementação de políticas públicas, tarefas de arrecadação de impostos, promoção de seguridade social básica, garantia de segurança pública, etc., em tese estando em acordo com o princípio da descentralização.

Uma das características fundamentais da Reforma Gerencial é a clara separação entre as secretarias formuladoras de políticas públicas, situadas no nível estratégico, e as agências executivas.

Nesse sentido, pegando a definição de Chiavenato (2008) sobre o aparelho do Estado, ele refere que ele é composto por quatro setores, sendo eles: o Núcleo estratégico, o de atividades exclusivas, o de serviços não exclusivos, e setor de produção de bens e serviços para o mercado.

Cada um dos setores possui características peculiares quanto às suas prioridades e quanto aos princípios administrativos adotados. Nos cabe destacar que o “setor estratégico” do Estado corresponde ao governo, em sentido lato; É o setor que define as leis e as políticas públicas, setor responsável pelas decisões estratégicas. Corresponde aos Poderes Legislativo e Judiciário, ao Ministério Público e, no poder executivo, ao Presidente da República, aos ministros e aos seus auxiliares e assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas. Seu princípio fundamental é o da efetividade, ou seja, busca aliar as decisões governamentais ao “interesse” nacional. O princípio administrativo da efetividade é entendido como a capacidade de ver obedecidas e implementadas



com segurança as decisões tomadas. Enquanto nos outros setores, o imperativo é o da eficiência, importando o atendimento de boa qualidade e baixo custo aos cidadãos.

Considerando a existência das atividades ditas não exclusivas, o **Plano da Reforma** acaba por direcionar e impulsionar a criação e o incentivo às organizações sociais, em que o objetivo é redefinir, de fato, as relações entre Estado e Sociedade e Estado e Mercado. Visa tornar os serviços em entidades públicas não-estatais (Bresser Pereira e Grau, 1999). Ou seja, a Reforma do Estado, a partir de seus dois principais documentos, prevê que a administração pública tanto redimensione a gestão no campo dos serviços exclusivos, quanto propicia a desvinculação de outros serviços, aproximando-os de uma lógica de mercado em vários sentidos.

Na concepção de Souza Filho (2009) o Plano Diretor, sob o ponto de vista institucional, era uma estratégia para viabilizar o ajuste fiscal e a mudança institucional da administração pública, através de dois mecanismos. O primeiro mecanismo estava voltado, tanto para a redução do aparelho do Estado via privatização, terceirização, extinção de órgãos e focalização dos gastos sociais, quanto para a centralização e o fortalecimento dos núcleos estratégicos (núcleos de decisão e controladores das políticas). Concilia, portanto, redução de gastos com o fortalecimento dos centros de decisão. Significa um tratamento paradoxal da burocracia, já que tanto monocratiza a burocracia com os núcleos estratégicos quanto desfacela o quadro burocrático a partir das medidas de flexibilização voltadas à redução de gastos. A redução do quadro burocrático significa a redução de despesa com pessoal, portanto, favorece o ajuste fiscal, um dos objetivos da reforma.

O segundo mecanismo para viabilizar o ajuste fiscal e a mudança institucional da administração pública diz respeito à reorganização da relação entre formulação e implementação de políticas, redefinindo a relação de controle, através da descentralização e estabelecimento de critério de performance a serem acompanhados por órgãos administrativos transformados em organizações sociais ou agências executivas via contratos de gestão. Essa mudança, também levaria a uma maior interação entre o poder público e o terceiro setor.

“Nesse sentido, na lógica do Plano Diretor a mudança institucional visava manter a situação de ajuste fiscal (objetivo primário) e melhorar a eficácia e eficiência das agências administrativas, através da proposta clássica

gerencialista de combinar centralização burocrática (núcleo estratégico, formado pelo presidente, ministros e cúpula dos ministérios) com flexibilização gerencial (Agências Executivas; Agências Reguladoras; e Organizações Sociais/OS e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público/OSCIP)." (Souza Filho, p.8, 2009)

Em resumo, destacamos que, ao relegar à terceiros e ao mercado a função de execução de serviços públicos, essa estratégia de gestão pública ocasiona, na realidade, o próprio afastamento do Estado da função de gestão. Nesse sentido, se o serviço é colocado para fora do aparato estatal, como é possível a intervenção das classes não dominantes sobre as políticas? Se há um hiato constitucional, em que o planejamento está localizado dentro do Estado e a implementação está fora, que possibilidade há de que essa política garanta o atendimento real das demandas da classe não dominada?

Lescura, Freitas Jr. e pereira (2013) apontam que Essa reforma tinha como alguns de seus principais pontos: a descentralização política, com a transferência de recursos e atribuições para estados e municípios; a descentralização administrativa, delegando-se autoridade aos administradores públicos; diminuição dos níveis hierárquicos da administração pública; controle por resultados; Essa forma de administração desdobrava-se na tendência à substituição do típico administrador público por gerentes, pressupondo uma mudança nos aspectos culturais do Estado a partir da incorporação de valores gerenciais e ferramentas próprias do setor privado.

Chama atenção o fato de que os autores que defendem a reforma gerencial identificam esse modelo gerencial como uma alternativa ao modelo burocrático de administração pública. Nesse sentido, Souza Filho (2013, 2009) afirma que o gerencialismo sequer pode ser visto como um modelo pós-burocrático, pois não supera e nem suprime a burocracia, pelo contrário, a redimensiona, fazendo um combinado entre "burocracia monocrática" para os centros de decisão, e uma espécie de "flexibilização burocrática" via descentralização para as periferias da ordem administrativa, possibilitando a incorporação de traços patrimonialistas na administração pública.

Dessa forma, cabe apontar que os anseios pela implantação de um novo formato de administração pública na década de 1990, que se justificava pela necessidade de melhoria na gestão e como forma de enfrentamento da crise econômica, tinha como pano de fundo, na verdade, a necessidade de um novo

padrão de regulação social pautado no deslocamento da função do Estado de modo a fortalecer a expansão do capital. Com base nisso, é necessário observar que a Reforma do Estado e a Reforma administrativa exigem reflexões que envolvem não só as mudanças do paradigma administrativo mas a complexa relação entre Estado, sociedade civil e capital no contexto do advento do neoliberalismo.

Essa política tem como um de seus principais pressupostos de implantação, segundo Laurell (2002), o enfrentamento da crise econômica de fins dos anos 1970 e início dos 1980. Para essa ideologia, o intervencionismo é antieconômico e antiprodutivo.

Esse projeto se justifica como uma proposta e uma resposta à crise, onde:

Sua explicação parte do postulado de que o mercado é o melhor mecanismo dos recursos econômicos e da satisfação das necessidades dos indivíduos. De onde se conclui que todos os processos que apresentam obstáculos, controlam ou suprimem o livre jogo do mercado terão efeitos negativos sobre a economia, o bem-estar e a liberdade dos indivíduos. (LAURELL, 2002, p. 161).

A solução para a crise, então, seria reconstituir o mercado, eliminando a intervenção do Estado na economia, através das privatizações, desregulamentação das atividades econômicas do Estado, e, junto a isso, reduzindo as funções relacionadas ao bem-estar, que deveriam ficar a cargo do âmbito privado, da família e da comunidade.

Na interpretação de Laurell (2002), o projeto neoliberal seria, na realidade, a imposição de um novo padrão de acumulação e expansão capitalista que pressupõe, dentre diversos fatores, o enfraquecimento das instituições públicas para estender os investimentos privados às atividades econômicas rentáveis.

Nesse sentido: "...as quatro estratégias concretas da implantação da política social neoliberal são o corte dos gastos sociais, a privatização, a centralização dos gastos sociais públicos em programas seletivos contra a pobreza e a descentralização." (LAURELL, 2002, p. 167)

Segundo Montaño (1997), esse novo sistema político e econômico apresenta a proposta de um Estado cuja autonomia é minimizada, onde uma atuação forte e interventiva economicamente torna-se não só supérflua, mas também negativa. Essa não intervenção do Estado tem como base fundamental e um dos aspectos

mais importantes a privatização de empresas estatais, que se justificaria pela aparente crise fiscal do Estado.

No caso brasileiro, pode-se dizer que, de acordo com Behring e Boschetti (2007), ao longo dos anos 1990, na Era Fernando Henrique Cardoso (eleito Presidente da República no ano de 1994), o país vivenciou um período de reformas, basicamente orientadas para o mercado, com ênfase nas privatizações, e desprezo com relação às conquistas de 1988 no terreno da Seguridade Social.

De acordo com as mesmas autoras, na década de 1990, sobretudo após o Plano Real de 1994, o que se verifica é uma reformatação do Estado para uma adaptação passiva ao capital em expansão, se materializando como uma “contrarreforma” e um real desmonte do que estava posto na década de 1980.

Portanto, pensar a chamada Reforma do Estado e a reforma administrativa apenas sob o ponto de vista de uma modernização da administração pública sinaliza um processo ideológico que encobre a complexidade do contexto em que se insere e também isola o fato em si dos nexos que lhe relacionam com a totalidade social.

Para Souza Filho (2009) há uma vinculação política e teórica entre neoliberalismo e a proposta de reforma administrativa que é inegável, e considerando os objetivos do neoliberalismo, pode-se dizer que essa reforma administrativa do Estado é, na realidade, uma contra-reforma, no sentido em que está na contramão das políticas de universalização de direitos e se baseia em uma estratégia de redução da ação estatal na área social.

Souza Filho (2009) realiza uma crítica não só acerca das pretensas intenções do modelo gerencial mas à própria forma como o seu ideólogo constrói suas justificativas, a começar pela forma como Bresser Pereira interpreta a crise econômica dos anos 70 e 80, entendendo-a como uma crise do Estado, em um combinado entre crise fiscal, crise do modo de intervenção do Estado e do modelo burocrático, e não como uma autêntica crise do próprio capital.

Do ponto de vista teórico Souza Filho (2009) também realiza algumas críticas, sobretudo quanto à concepção de Bresser Pereira que identifica a administração pública com administração privada, desconsiderando as latentes diferenças existentes entre elas, sobretudo do ponto de vista da dimensão ético-político ou de finalidade.

Mais do que uma articulação entre administração pública e privada, o que acontece é o desenvolvimento da administração pública sobre as bases da

administração empresarial, cujos componentes ético-políticos se voltam a finalidades completamente diferentes daquelas para as quais a administração pública deveria estar voltada, ou seja, de universalização dos direitos. É inconcebível pensar e acreditar que a oferta de qualquer serviço realizada por um ente detentor de capital tenha como finalidade o bem comum e o interesse coletivo. No modo de produção capitalista, nenhum produto, serviço ou mercadoria proveniente do trabalho humano realizado de forma subsumida à relações capitalistas de trabalho tem como finalidade puramente o atendimento de uma necessidade social. O atendimento da necessidade social, no máximo, se configura como o valor de uso do serviço, mas a sua finalidade está voltada ao seu valor de troca e às possibilidades que tem de barganhar mais-valia.

Para Souza Filho (2013) se existe uma relativa autonomia entre meios e fins na ordem administrativa, uma administração pública, voltada à transformação social deve, necessariamente, ser antagônica em relação à administração empresarial, visto que tal modo de administrar serve à propósitos contrários à transformação social. Há, portanto, incompatibilidade em igualar administração pública e privada do ponto de vista ético-político.

Souza Filho (2009) também questiona a fragilidade empírica dos argumentos de Bresser Pereira, apontando que ao colocar o gerencialismo como alternativa à burocracia e ao patrimonialismo incorre em um equívoco teórico, pois coloca todos os elementos em análise sob o mesmo peso teórico, configurando um reducionismo. Afirma que nisso também consiste o erro de pensar que o problema dos Estados do terceiro mundo seja a sua natureza burocrática, ao invés da falta de burocracia, a exemplo de excesso de recrutamento não meritocrático – cargos de confiança; bolsões de eficiência; incrementalismo ou reforma por acréscimo, dificultando a coordenação política e estimulando o recurso a soluções personalistas; relação do Estado com as elites agrárias tradicionais; etc.

Há de se ressaltar que o contexto tido como gerencial da administração também se fundamenta em um determinado pacto de dominação conservador cuja influência dos setores tradicionais na estrutura de poder se estabelece através dos mecanismos de descentralização, como a manutenção excessiva de cargos de confiança, a intensificação das terceirizações de serviços (estratégia de contratação de servidores periféricos e de níveis intermediários e operacionais), a ampliação de ações pulverizadas de programas sociais realizados

em parceria com organizações da sociedade civil e refuncionalização da liberação das emendas parlamentares.

Identifica-se com isso, a alteração da estrutura patrimonialista, que passa a se fundamentar não em bases tradicionais mas através da racionalidade economicista e do poder coercitivo e discricionário da burocracia monocratizada., os setores tradicionais, para se manterem no poder, aderem à finalidade neoliberal de transnacionalização radical da economia nacional e se adéquam aos novos instrumentos administrativos para viabilizar a manutenção da dominação tradicional.

Portanto, a ordem administrativa brasileira se reestrutura mantendo a imbricação da burocracia com o patrimonialismo, porém num contexto de monocratização burocrática (posto que reforça decisões burocráticas centrais em determinadas áreas ao mesmo tempo que esvazia a burocracia mediante uma descentralização que mais materializa a desresponsabilização e as privatizações de ações que deveriam ser do Estado) e patrimonialismo em transformismo (a partir de outros mecanismos patrimonialistas de manutenção do pacto de dominação).

O gerencialismo não pode ser considerado, segundo Souza Filho (2009) como um paradigma de ordem administrativa do mesmo estatuto teórico do patrimonialismo e da burocracia e , além disso, este autor aponta que os recursos gerenciais de flexibilização da ordem administrativa não possuem finalidade em si, mas são funcionais para a manutenção da relação de dominação racional-legal e tradicional necessária à implementação do projeto de transnacionalização da economia, em total acordo com as determinações das políticas neoliberais.

Esse quadro, de contrarreforma do Estado e de contrarreforma administrativa, produz o estreitamento possibilidades de universalização de direitos e a redução das possibilidades de construção e fortalecimento da espinha dorsal burocrática necessária para conduzir políticas públicas universalistas.

O que cabe destacar é que, mais do que um modelo de administração, o gerencialismo vem colocar em cheque as próprias funções do Estado, cuja reorientação de sua ação aparece expressa nitidamente nos documentos da reforma administrativa, posto que o gerencialismo não altera a forma de ser do Estado, mas reorienta seu papel na estrutura da luta de classes, no pacto de dominação e no processo de expansão do capital. No contexto do neoliberalismo, fica absolutamente visível a condição desfavorável para as classes trabalhadoras, fato que marca visceralmente as próprias políticas sociais no período. As políticas sociais não são

só a expressão da correlação de forças e da luta de classes que atravessam o Estado, instância que as materializa, mas possuem também função específica no campo da reprodução social, da dominação e da expansão capitalista.

Nota-se que se trata do total estreitamento das condições de garantia das demandas das classes trabalhadoras, se configurando, muito mais do que um processo de melhoria administrativa, um processo de restrição da dimensão universal do Estado.

Assim, tendo problematizado os elementos que constituem o Estado e a administração pública no Brasil enquanto pressuposto das reflexões sobre a gestão de políticas sociais, nos debruçaremos no próximo capítulo sobre as próprias políticas sociais e a gestão social, em especial tratando o caso brasileiro.

## **2 POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL NO CONTEXTO DO DESENVOLVIMENTO DO CAPITAL, DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DAS RELAÇÕES SOCIAIS CAPITALISTAS**

### **2.1 Políticas Sociais - Breves Linhas sobre o Significado da “Gestão Social”**

Para dar breves direcionamentos sobre a temática da gestão de políticas sociais, Souza Filho (2013) nos leva a pensar esse tema como uma variante do tema “gestão social”, algo também abordado por outros autores que discutem a gestão de políticas sociais.

Consideramos pertinente, primeiramente, distinguir que a gestão social que estamos tratando é aquela relacionada à perspectiva de possibilidades de universalização e do aprofundamento de direitos, e não aquela que se confunde com conceitos de “governance” ou “governança” (e até mesmo de governabilidade), que também são conceitos relacionadas ao campo da gestão estatal de políticas sociais, entretanto com perspectivas diferentes das nossas, visto tratarem-se de orientações feitas por organismos multilaterais.

Silva (2010) e Dutra (2016) apontam que a “governance”, conceito desenvolvido por organismos internacionais como Banco Mundial, pode ser compreendida como a capacidade governamental de superar as resistências políticas e levar à frente reformas consideradas indispensáveis, seria a eficiência dos governos na criação de condições favoráveis à revitalização da economia.

A formulação do Banco Mundial é considerada por Silva (2010) como uma “armadilha ideológica”, onde a chamada “boa governança” seria uma “roupagem institucional dos planos de ajustamento estrutural e do 'consenso de Washington', um instrumento ideológico da Política do Estado Mínimo” (Silva, 2010, pg. 37). Essa concepção acaba afastando o Estado de qualquer pretensão de atendimento aos interesses da sociedade, o direcionando para o fornecimento de bens e serviços a interesses setoriais privados.

Dutra (2016) aponta para o fato de que em tempos de mundialização do capital é preciso se atentar as influências das estratégias formuladas por órgãos financeiros, em que ela destaca o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID),



que entre 1994-2002, desenvolveu estratégias política, econômica e social que, entre outras coisas, enfatizam a modernização do Estado como caminho para elevar a capacidade governamental de gerir políticas públicas.

Segundo a autora, consultores do BID afirmavam que a desigualdade social na América Latina deveria ser o desafio da política social contemporânea, e daí decorre a preocupação com o gerenciamento das políticas sociais. Esse órgão internacional aponta que o enfrentamento da pobreza, por exemplo, estaria no campo de uma eficiente gestão social, com ênfase em educação, saúde e família, cujas análises não apontam a questão social como decorrência do capitalismo, mas afirma que as complexidades sociais e econômicas mundiais são desafios postos aos gestores públicos. O enfrentamento desses desafios e demandas faz parte da estratégia do BID para desenvolver políticas sociais focalizadas.

Dentre as orientações desse órgão está a necessidade do gestor definir o perfil do Estado, promovendo um aprimoramento na qualidade dos serviços e na participação dos cidadãos. Urge ao gestor, também, a busca por diálogo, inovações tecnológicas, entre outras coisas.

Partindo disso, Dutra (2016) considera que a gestão social é um campo de conhecimento e práticas que subsidiam processos decisórios estratégicos que deveria visar, na realidade, o bem-estar social, abarcando o processo de implementação de políticas sociais. É um campo repleto de tensões, disputas entre projetos e contradições na relação entre Estado e sociedade civil.

Para tal objetivo, a autora considera indispensável que a gestão social se estabeleça tendo como pressuposto a inclusão da sociedade civil. Para tanto, ela aponta para a importância de uma gestão democrática e participativa, que se efetive através da criação de canais incentivadores do aumento da participação popular na tomada de decisões e na execução das políticas sociais junto a outras medidas no campo econômico e cultural.

A gestão de políticas sociais, para ela, é um processo de negociação em que se realiza a elaboração de alternativas e de escolhas, cuja operacionalização depende da construção da agenda, formulação, implementação e avaliação, contando com o controle social e a participação popular como prioridade.

No que diz respeito à temática da gestão social, Dutra (2016) chama atenção, ainda, para o fato de que há uma preocupação crescente com o desenvolvimento de instrumentos gerenciais que possibilitem a gestão eficiente das políticas sociais,

sobretudo no campo da assistência social e saúde. Reconhece, também, que as diretrizes são objetivos operacionais da gestão de políticas sociais contemporâneas determinadas pelos processos relacionados ao desenvolvimento da acumulação do capital,

Ademir Silva (2010), ao retratar a gestão da seguridade social no Brasil, pensando nas nuances que se colocam entre a política pública e o mercado, afirma que uma das questões centrais em seu debate é a tensão que existe entre a garantia de proteção social com critérios de universalidade e o acesso seletivo via mercado. O que fica em questão, segundo ele, é o próprio papel do Estado capitalista contemporâneo que precisa responder pelas funções de acumulação e legitimação na esfera do interesse público articulando política social e política econômica.

A concepção norteadora da sua pesquisa volta-se a pensar os sistemas de seguridade como expressão das relações sociais em uma arena sóciopolítica contraditória. O autor, ao utilizar a expressão “gestão social”, refere-se primordialmente ao âmbito da ação do Estado, da esfera pública. O autor entende a gestão social:

“Como um conjunto de estratégias voltadas à reprodução da vida social no âmbito privilegiado dos serviços – embora não se limite a eles – na esfera do consumo social, não se submentendo à lógica mercantil. A gestão social ocupa-se, portanto, da ampliação do acesso à riqueza social – material e imaterial -, na forma de fruição de bens, recursos e serviços, entendida como direito social, sob valores democráticos como equidade, universalidade e justiça social” (Silva, 2010, pág. 32)

Com esse entendimento o autor se refere, então, ao âmbito da política social enquanto estratégia de governo, que não se dissocia da política econômica; como estratégia de governo vinculada ao campo da reprodução social e como redistribuição, que põe em questão as formas de geração e de apropriação de riqueza.

Em sua perspectiva de análise, a política social é colocada como arena de confronto de interesses contraditórios em torno do acesso à riqueza social, na forma de parcela do excedente econômico que é apropriado pelo Estado.

Para Silva (2010), a política social está em permanente contradição com a política econômica, em um contexto em que se combinam duas das funções básicas do Estado: criar condições que favoreçam o processo de acumulação e a articulação

de mecanismos de legitimação da ordem social e econômica. Assim, o autor aponta o Estado, enquanto responsável pela formulação e execução dessas políticas, como arena privilegiada de luta em torno das políticas sociais. Por isso, as políticas sociais e as econômicas não materializam consenso social, mas são expressão de conflitos de interesses de diferentes camadas sociais. Segundo ele, não é possível pensar as políticas sociais, partícipes do campo da reprodução social, sem pensar na esfera das relações sociais de produção e das políticas econômicas.

Souza Filho (2013), ao preocupar-se não só em pontuar questões de interesse do ponto de vista da administração, mas também de discutir a “gestão social” sob uma perspectiva ético-finalista de satisfação das necessidades da população, entende a “gestão social” “como instrumento de universalização e aprofundamento de direitos” (Souza Filho, ver ano, pág1).

Para tanto, ele aponta que no capitalismo a possibilidade de existência de uma “gestão social” com essa perspectiva ético-finalista, exige uma estrutura mínima que atenda à sociedade de forma global, colocando Estado moderno como um dos mecanismos que possibilita esse tipo de intervenção para o conjunto da população, em que as Políticas Sociais se configuram como instrumento do Estado e espaço, por excelência, de viabilização dos interesses das classes trabalhadoras na ordem do capital.

No entendimento do autor, no sistema capitalista o atendimento à satisfação da população numa perspectiva universalizante e de aprofundamento dos direitos é necessário a intervenção do Estado na implementação de políticas sociais. E,

“a mediação entre intervenção do Estado e a implementação de políticas sociais é realizada pela estrutura administrativa. Assim, a administração pública para implementar políticas públicas, no geral, e políticas sociais orientadas para a finalidade da universalização e aprofundamento de direitos, especificamente, necessita estar estruturada de forma adequada para atingir o fim proposto” (Souza Filho, 2013, p. 8).

Dessa forma, uma gestão social voltada a essa perspectiva depende que o Estado e sua ordem administrativa sejam conduzidos de forma a desenvolver políticas públicas econômicas e sociais que venham a garantir a radicalização de direitos. A determinação deve ser buscada na formação estatal constituída ao longo do desenvolvimento capitalista e no ordenamento administrativo correspondente para buscar nessa instância os elementos que obstaculizam e os que podem

potencializar a organização estatal e administrativa no sentido da universalização de direitos.

Silva (2010) destaca que as indagações em torno do tema “gestão social”, exigem um esforço de se voltar à identificação das principais tendências da sociedade contemporânea.

Portanto, é importante distinguir que a concepção de gestão social que nos guia é aquela que compreende o contexto da atuação do Estado e da implementação de políticas sociais como arena em disputa, e reforça essa arena de conflito como espaço potencial de luta pela universalização de direitos, e não aquela concepção de “governance” colocada pelos organismos internacionais que visam, ao contrário, estimular uma perspectiva de conciliação. Essa concepção compreende as contradições sociais como fruto de ingerência e não como provenientes da “questão social”, por esse motivo, os órgãos internacionais orientam e sugerem práticas de gestão que aumentem a capacidade de governabilidade e de mediação de tensões com vistas a adequação dos países ao contexto de expansão do capital.

O Estado, esfera comum a todos é arena contraditória do equacionamento dos interesses em confronto na sociedade, sendo construído como instrumento privilegiado para a gestão das condições de existência sob a perspectiva de universalidade. O questionamento que Silva (2010) realiza se direciona a pensar “se há possibilidade histórica de consolidar a gestão social como política pública ou se ela vai sucumbir inexoravelmente à estratégia de mercado...” (Silva, 2010, pág. 35)

### 2.1.1 Breves reflexões sobre o significado das políticas sociais no contexto da expansão capitalista

Para tratar da temática que relaciona o Estado (gestão estatal) com as políticas sociais, é necessário resgatar a sua dupla dimensão e inseri-la nesse contexto, pois o Estado tanto atua no campo da reprodução social e no âmbito da dominação capitalista, quanto possui uma dimensão universal que, embora esteja inserida no campo das aparências faz parte da composição da estrutura estatal, correspondendo à satisfação de determinadas demandas e necessidades das

classes não dominantes e por esse motivo corroborando com o processo de reprodução social das classes trabalhadoras e das relações de dominação.

Quanto a esse tema, cabe ressaltar que essa dupla característica do Estado se constitui como elemento componente da sua dimensão contraditória. Em itens anteriores já tratamos esse assunto e cabe recuperá-lo brevemente. Souza Filho (2013) afirma que o Estado possui uma dimensão contraditória, especificamente por ser a única estrutura capitalista que possui potencial de atender às demandas da classe trabalhadora, ainda que faça isso com a função final de perpetuar a relação social de dominação predominante. Além disso, o autor sugere, apoiando-se nas concepções de Marx, que ele não só é a única estrutura existente no capitalismo capaz de contemplar em alguma medida os anseios dessas classes mas para que isso aconteça é imprescindível que as classes alcancem o poder estatal, ou seja, a ampliação da dimensão universal do Estado está na relação direta do fortalecimento das classes não dominantes no contexto das lutas de classes. O Estado é elemento estratégico para a classe trabalhadora no que tange à melhoria mínima das condições de vida. Abordamos essa característica ao falar no item anterior sobre “gestão social”, compreendendo que o termo abrange a perspectiva de aprofundamento de direitos a partir da materialização das políticas sociais pelo Estado em uma clara referência ao fato de se tratar da expressão material da correlação de forças no âmbito da luta de classes.

O tema de Políticas Sociais trás à tona justamente o atravessamento da luta de classes no contexto das relações sociais capitalistas cuja expressão material e institucional se dá exatamente no campo de atuação do Estado em sua implementação.

Portanto, torna-se necessário reconhecer o peso das lutas de classe e suas expressões no âmbito do Estado contemporâneo, considerando a complexa função desse Estado no âmbito da reprodução social, da dominação capitalista e da garantia de manutenção das condições de produção e reprodução social.

Conforme abordamos em itens anteriores, Marx não se ateve a discussões mais aprofundadas sobre o que ele chamou de “superestrutura” e sobre a esfera política, e sim ao campo da estrutura econômica, pois identificava que era em torno da base material que se organizava toda a estrutura da sociedade. Apesar do não aprofundamento, sua teoria deixou o caminho aberto para outros teóricos empenharem estudos sobre a temática da superestrutura ou da esfera política e do

Estado, em que Gramsci desponta em suas importantes reflexões sobre o que fica conhecido como processo de “ampliação do Estado” (Coutinho, 1994).

O poder estatal contemporâneo, segundo as reflexões de Gramsci quanto a teoria da ampliação do Estado e da chamada esfera política, não se restringe a utilização de aparelhos coercitivos e repressivos para a perpetuação do processo de dominação e acumulação capitalista, e se difunde pelo conjunto da chamada “sociedade civil”. Tal compreensão reforça o entendimento de que ele passa a se constituir enquanto espaço da luta de classes, como centro de conflitos e de interesses divergentes.<sup>15</sup>

Essa disputa entre as classes por interesses contrapostos perpetra no seio do Estado e é indispensável para a reflexão sobre o campo das Políticas Sociais no bojo do contexto da administração pública.

Considerando a história das políticas sociais no Brasil, podemos afirmar que elas representam o atravessamento da luta de classes no seio do Estado, cuja função social se coloca, em proporções diferentes nas diversas conjunturas, no caminho entre as demandas da classe trabalhadora e as necessidades de expansão capitalista, forjando uma conciliação entre as classes, entretanto, tendenciosamente fortalecendo o projeto de denominação do capital e do aprofundamento das potencialidades de acumulação.

Cabe lembrar que há uma intrínseca relação entre a necessidade de respostas à chamada questão social e a implementação de políticas sociais, cuja mediação da ação estatal se coloca como um dos caminhos de equacionamento.

Nesse contexto, Iamamoto (2001) aponta que a “questão social” é apreendida como expressão ampliada das desigualdades sociais, enquanto parte constitutiva das relações sociais capitalistas. Historicamente, vincula-se a emergência da classe operária, sua inserção no cenário político e o seu reconhecimento enquanto classe pelo bloco dominante e pelo Estado, que começa a responder, através de mecanismos legais, tanto as demandas oriundas das lutas por direitos,

---

<sup>15</sup> O que é conhecido como "Estado ampliado" de Gramsci, diz respeito, então, à ampliação das funções do Estado diante dos novos fenômenos sociais e apreensão de novas determinações da realidade social que surgem com a progressiva socialização da política. Esse contexto expande o espaço da política para além do âmbito do Estado em sentido "restrito" (âmbito da coerção) e a coloca como componente decisivo de uma esfera social à qual Gramsci vai chamar de "sociedade civil". (Coutinho, 1994)

quanto as demandas dos setores econômicos e das elites

Historicamente, o surgimento da chamada “questão social” vincula-se diretamente ao processo de industrialização do século XVIII, que trouxe consigo a pauperização da classe trabalhadora e também desencadeou ondas de protestos por parte dessa classe, configurando uma ameaça real e inédita às instituições sociais constituídas (Netto, 2001).

Ela emerge no decorrer da luta operária e sua explicitação para a sociedade se dá através das lutas sociais urbanas contra as condições opressivas de vida e de trabalho. As expressões da “questão social” no contexto de seu surgimento, porém, não eram foco de tratamento estratégico por parte do Estado, até porque, a intervenção do Estado na fase de capitalismo concorrencial era contrária às ideologias liberais (Costa e Santos, 2006).

As lutas e reivindicações da classe operária só passam a receber respostas através de mecanismo legais no século XX, no período de trânsito à fase dos monopólios, onde a intervenção do Estado torna-se necessária para romper a estagnação da economia, e responder aos conflitos advindos das contradições de classes se mostra como imperativo para a criação de condições de consenso favorável às necessidades do capital.

O processo de institucionalização das políticas sociais tem como fundamento, portanto, justamente a necessidade social de responder à questões referentes à dinâmica das lutas de classe e ao mesmo tempo à demandas da expansão capitalista em um recorte histórico do desenvolvimento do capital, face o aprofundamento das contradições inerentes a este modo de produção e o acirramento da chamada “questão social” (Netto, 2001)<sup>16</sup>.

É nesse sentido que podemos identificar o Estado atuando, não como máquina de execução dos interesses exclusivos de uma classe ou pelo bem do interesse geral e comum, mas como espaço composto dialeticamente por múltiplos aparelhos e, influenciado pela dinâmica correlação de forças entre as classes

---

<sup>16</sup> Quanto à chamada “questão social”, Netto (2001) sinaliza como marco o processo de industrialização na Inglaterra no século XVIII, em que a contradição, entre o avanço do processo de industrialização e a precarização das condições de vida, desencadeou ondas de protestos que configuraram, naquele contexto, verdadeira ofensiva e ameaça às instituições sociais estabelecidas.

sociais, onde sua ação e suas políticas refletem, da mesma forma, interesses conflitantes entre si.

Se considerarmos as reflexões de Gramsci sobre a socialização da política enquanto mecanismo de ampliação do Estado, observaremos que no Brasil os reflexos da chamada “questão social” alcançam espaço no cenário político mais incisivamente a partir da década de 1930, justamente quando o proletariado passa a representar uma força social de tal relevância que o Estado passa a atender às demandas a partir de outro nível ideológico e novos aparelhos, ultrapassando os limites da coerção e da repressão (Cerqueira Filho, 1982).

Segundo Cerqueira Filho (1982), no Brasil, até por volta da década de 1930 do século XX, a “questão social”, cujas expressões se configuravam em pauperismo, péssimas condições de vida, de trabalho, de saúde, na exploração do trabalhador, e demais mazelas geradas pelas relações contraditórias de classe, era tratada como “caso de polícia”, com medidas repressivas e coercitivas. As demandas da classe trabalhadora estavam fora das pautas do governo.

No entanto, após 1930, o governo Vargas passa a tratar a “questão social” sob uma nova ótica, através de novos aparelhos do Estado e outro nível ideológico em virtude do comportamento político da classe operária. A força social que o proletariado passa a representar naquele contexto impõe a necessidade de reconhecer a “questão social” e atendê-la. Esse “atendimento”, obviamente, careceu de uma estrutura formal-legal, legitimada através do recente amadurecimento das estruturas burocráticas do Estado, mas que não se deu de forma descolada aos anseios sociais classistas.

Assim, quanto ao papel do Estado, pode-se considerar que:

Foram as lutas sociais que romperam com o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para a esfera pública, exigindo a interferência do Estado para o reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos. Esse reconhecimento dá origem a uma ampla esfera de direitos sociais públicos atinentes ao trabalho – consubstanciados em serviços e políticas sociais. (IAMAMOTO, 2001, p. 7)

A intervenção do Estado sobre questões de cunho social, inclusive no âmbito da saúde, só se torna efetivamente possível a partir do reconhecimento da “questão social” e do reconhecimento do poder político das classes trabalhadoras. Portanto, é a própria luta que impulsiona a intervenção do Estado perante os conflitos de classe



típicos da sociabilidade capitalista e que vão fundamentar as bases da institucionalização da Política de Saúde no Brasil (Laurell, 2002).

Indo além, e realizando um esforço breve de relacionar o Estado e as Políticas Sociais com o ciclo de acumulação e expansão do capital, é preciso ponderar que a institucionalização das Políticas Sociais no Brasil não é só expressão das lutas de classes, mas tem particularidades relacionadas ao contexto sócio-histórico e econômico ao qual está circunscrito, que é a fase de trânsito aos monopólios (Netto, 2006).

O período do trânsito aos monopólios e suas características no que tange às estratégias de expansão da acumulação capitalista, impõe ao Estado um direcionamento no campo das políticas sociais capaz de torná-las mais funcionais às novas necessidades. Situado a partir do último quartel do século XIX, com um contexto de profundas transformações econômicas e rebatimentos nas esferas social e política, o período dos monopólios recoloca em outros patamares o sistema basilar do capitalismo, cuja expansão passa a exigir sistemas de mediação extraeconômicos cada vez mais amplos e complexos para sua garantia, e representa a penetração generalizada do capital na vida social (Mandel, 1982).

Tomando as elaborações de Mandel (1982), pode-se dizer que esse período apresenta um processo de concentração de capital cuja peculiaridade é o seu deslocamento para setores até então não capitaneados enquanto estratégia para acelerar sua rotatividade, adensar as possibilidades de circulação, distribuição e realização da mais-valia (considerando o ciclo do capital em sentido amplo) em virtude do fenômeno da supercapitalização, que dificulta o retorno imediato do capital ao processo produtivo.

Na fase dos monopólios uma parcela do capital superacumulado, sem possibilidades de investimento imediato na esfera da produção, é absorvida pelo Estado em forma de fundo público, e passa a ser destinada, entre outras coisas, à prestação de serviços sociais, em forma de Políticas Sociais que assumem uma função pública e estratégica de intervenção voltada à busca de legitimidade e também ao cumprimento de funções relacionadas à reprodução ampliada do capital no sentido da conservação da força de trabalho.

Considerando que no marco do capitalismo monopolista, as políticas sociais, ao se direcionarem à garantia da reprodução da força de trabalho, se colocam como parte da base de legitimidade e consenso social através do atendimento concreto de

demandas e necessidades da classe trabalhadora, elas também se encontram relacionadas às políticas econômicas como estratégia e intervenção do Estado, apontando para a maximização dos lucros pelo controle dos mercados, conforme prega a lógica monopólica.

“A forma e o conteúdo das políticas econômicas e sociais, por conseguinte, dependerão dos processos de lutas sociais concretas que produzirão a morfologia do Estado interventor e de sua política social, num determinado contexto histórico” (Souza Filho, 2013, pág. 6)

O Estado interventor e as políticas sociais tanto são funcionais ao capital como também atendem a interesses da classe trabalhadora.

“O Estado, em sua dimensão de gestor de políticas sociais, não se configura como o centro das lutas para a transformação da sociedade; no entanto, é um espaço importante para acumulação de conquistas dos trabalhadores, através da ampliação e do aprofundamento de direitos. Portanto, para refletir sobre a gestão de políticas sociais é preciso ter clareza dessa relação de limite e de possibilidade estrutural” (Souza Filho, 2013, pág. 6).

A política social do Estado burguês, nesses termos, garante a relação indissociável entre suas funções econômicas e políticas, possibilitando atender tanto as demandas do monopólio quanto as de outros setores, conformando um sistema de consensos e de contradições.

Elas se apresentam como elemento de contradição dentro da estratégia do capital no contexto de expansão dos serviços sociais do Estado do século XX. lamamoto (1996) sinaliza que elas são expressão das lutas por direitos sociais e sinalizam a possibilidade de atendimento à necessidades reais de subsistência da classe trabalhadora; são, também, materialização da redistribuição de parte da riqueza socialmente produzida pelos trabalhadores e canalizada pelo Estado; entretanto, também se transformam em meios de manter a força de trabalho em condições de ser explorada e como instrumento que reforça o controle da classe capitalista. Mas, além disso, também estamos considerando a sua relação com as possibilidades de expansão do capital e da dinamização do seu ciclo.

No âmbito do Estado, no campo da prestação dos serviços sociais públicos, a conexão entre políticas sociais e a esfera do valor se dá de maneira pouco explícita, se estabelecendo não na produção direta de mais valia, mas pela distribuição da mais-valia socialmente produzida e capitaneada pelo Estado, em forma de fundo

público, devendo retornar, em tese, para a classe que a produziu. Entretanto, há de se considerar que na fase dos monopólios, em virtude dos impasses para a expansão, o capital passa a avançar sobre o fundo público, em que sua desvinculação dos fins prioritários e o seu direcionamento para áreas estratégicas fortalecem de forma mais específica a dinamização do capital.<sup>17</sup>

E, indo além, nessa fase, a expansão do capital faz com que as próprias políticas sociais tendencialmente passem a ser o alvo do investimento privado, posto que, ainda que seu produto não seja fruto de um processo de produção de valores de uso tangíveis, a sua inserção na esfera da mercantilização viabiliza a geração de valor, abrindo, portanto, um espaço para a dinamização da expansão e, conseqüentemente, da acumulação de capital<sup>18</sup>.

Nos anos mais recentes, o balanço que se faz sobre as políticas sociais requer que se pontue algumas características do capitalismo no século XXI, em que o adensamento do capital financeiro, especulativo e fictício, provoca impactos sobre os meios de reprodução social das classes trabalhadoras, com incidência devastadora sobre as políticas sociais.

Nesse quadro, as políticas passam a ser alvo de investimento do capital financeiro, se distanciando ainda mais do seu sentido de direito universal. (Iamamoto, 2008).

Na visão de Silva (2011), uma das principais conseqüências dos processos de financeirização para as políticas sociais tem sido a captura dos fundos públicos para alimentação direta do capital (o que está diretamente ligado com a venda de títulos da dívida pública). Em países como o Brasil, onde há direcionamento político de fortalecimento do capital em detrimento das políticas sociais, umas das principais formas para drenar os recursos das políticas sociais para o capital portador de juros

---

<sup>17</sup> Há vários desdobramentos e reflexões sobre a relação entre as Políticas Sociais, fundo público e o processo de expansão e acumulação que, para abordá-las, seria necessário um estudo à parte, que voltasse, inclusive, às questões relativas ao trabalho no campo das Políticas Sociais. Entretanto, considerando que não se trata de nosso objeto de análise no momento, acreditamos ser suficiente o esclarecimento posto.

<sup>18</sup> No capítulo inédito d'O Capital (capítulo VI), Marx reconhece e aponta que o processo de acumulação do capital passa a depender cada vez mais de atividades que não estão vinculadas diretamente à esfera da produção material, propondo pensar a constituição de um trabalhador coletivo cuja produção pode estar direcionada não a um valor de uso que existe à parte do trabalhador, mas o contrário, a um valor de uso que não existe separado do trabalhador, que se usufrui ao mesmo tempo em que é produzido, se configurando como serviço.

tem sido a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que está diretamente ligada à Dívida Pública, onde:

“...a Seguridade Social é a mais atingida por este mecanismo, tendo em vista que ele permite a desvinculação de 20 % de seus recursos [...]desse modo o fundo público passa a ser canalizado de forma direta para alimentar o mercado financeiro.” ( SILVA, 2011, p. 12)

O que se verifica, portanto, é o que se pode chamar de disputa pelo fundo público. Esse fundo é composto por taxas, impostos e contribuições tanto da classe trabalhadora quanto do capital e do Estado. No capitalismo monopolista o fundo público é parte da riqueza socialmente produzida, e é levantado basicamente pelo sistema tributário, ou seja, é sustentado basicamente pela classe trabalhadora<sup>19</sup>, mas tem sido foco do capital, por via da dívida pública e por mecanismos de injeção de capital financeiro em políticas sociais (Silva, 2011).

O que dá origem ao domínio do capital financeiro é a fusão entre capital industrial e bancário na expansão monopolista. O capital bancário passa a subordinar as operações comerciais e industriais de toda a sociedade. Não se pode deixar de dizer que o capitalismo monopolista é a fase imperialista do capitalismo, e o fator determinante dessa é o capital financeiro, e não o industrial. (Iamamoto, 2008)

Para complementar, apoiando-nos nas explicações de Iamamoto (2008), um elemento inédito que surge com esse processo de financeirização é o crescimento da dívida pública.

“Os recursos financeiros oriundos da produção e arrecadados através de mecanismos fiscais tornam-se cativos das finanças, onde o Estado passa a ser “reduzido” na satisfação das necessidades das grandes maiorias, visto que o fundo público é canalizado para alimentar o mercado financeiro” (IAMAMOTO, 2008, p. 26).

Com essa política voltada para o mercado, em especial a partir da drenagem da parte dos recursos do fundo público que deveriam ser revertidos em Políticas

---

<sup>19</sup> Segundo Iamamoto (2008) no Brasil, o sistema tributário é regressivo, ou seja, a classe trabalhadora acaba pagando mais impostos que a burguesia, isso porque a maior tributação é via impostos indiretos.

Sociais em prol do fortalecimento do mercado financeiro evidencia-se um processo simultâneo de “minimização” do Estado e acirramento da chamada “questão social”, em que a precarização das políticas sociais se coloca na mesma proporção em que há o aumento das demandas por elas, em virtude do aumento do desemprego crônico, da precariedade e flexibilização das relações de trabalho, etc.

Segundo Davi, Santos e Rodrigues (2017), a agenda de atendimentos aos direitos sociais no Brasil, especialmente aqueles ligados à Seguridade Social, é pautada pelas exigências das finanças, que é determinada pela mundialização do capital. No interior da reorganização do capitalismo contemporâneo e do Estado capitalista, as políticas sociais vêm passando por processos de contrarreformas, e a reestruturação produtiva impacta nos mecanismos públicos de Seguridade Social.

Dessa forma, nacional e internacionalmente, as Políticas Sociais passam a ser vistas e orientadas segundo as determinações de organismos internacionais como o Banco Mundial (BM), o Banco Interamericano para a Reconstrução do Desenvolvimento (BIRD) e Fundo Monetário (FM) que indicam políticas sociais públicas restritas de combate à pobreza extrema, e relegam à outra parte da população a satisfação de suas necessidades via mercado.

As contrarreformas pelas quais vem passando a Seguridade Social se estabelecem no sentido de privatizar a previdência social e a saúde e ampliar a política de assistência social, em total sincronia com as mudanças no mundo do trabalho e com a refuncionalização do papel do Estado. Esse é um processo de ajuste fiscal que tem como agenda os interesses do capital financeiro e, portanto, abre possibilidades de realização dos serviços sociais públicos através do mercado.

Os governos brasileiros tem se voltado amplamente para o pagamento dos juros e amortizações da dívida pública, tendo basicamente três fontes de recursos: emissão de moedas, aumento da carga tributária e diminuição dos gastos públicos, os quais são amplamente utilizados desde os anos 1980.

Dentre os instrumentos utilizados pelos governos brasileiros para pagamento da dívida pública que tem consequências diretas para os gastos sociais, desde Fernando Henrique Cardoso (1995 - 2003) até Lula (2003 – 2010) e Dilma (2011-2016) inclusive no pós impeachment de 2016, foi a criação da DRU (Desvinculação de Receitas da União), os juros altos, a definição de metas de superávit primário, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Davi, Santos e Rodrigues (2017), consideram que o contingenciamento dos gastos sociais destinados às políticas sociais deve ser analisado à luz dessas problemáticas. Segundo eles, o financiamento consiste no eixo estruturador das políticas sociais, em que são definidas as prioridades nos gastos públicos e por esse motivo, as análises sobre esses determinantes tem ganhado especial atenção de pesquisadores. Sem recursos públicos não há garantia de direitos sociais. Isso se dá em face do paradoxo que existe entre a agenda de direitos previstos na Constituição Federal de 1988 e a conjuntura de ajuste fiscal adotado nos anos pós-1990 pelos governos brasileiros.

Portanto, “Na busca por novos espaços de valorização, o capital financeiro propõe uma reformulação regressiva dos direitos previdenciários, da saúde, da educação, entre outros.” (Davi, Santos e Rodrigues (2017, p. 85).

Diante das medidas adotadas atualmente no campo dos direitos sociais e das políticas sociais, é inconteste que o fundo público participa de todos os âmbitos da acumulação capitalista, e, contemporaneamente, a via pública tem se apresentado como seu principal esteio, demonstrando que o Estado brasileiro vem reafirmando o compromisso com o capital.

Davi, Santos e Rodrigues (2017, p. 85), afirmam que a relação entre o Estado e capital se coloca de modo que a função precípua do Estado moderno é garantir e proteger a extração de mais-valia, se configurando como instrumento de reprodução dos interesses dominantes e da dominação. O Estado se ampara na contradição entre a vida pública e a vida privada, entre interesses gerais e os particulares.

O fundo público vem ocupando lugar central no processo de financeirização do capital e no processo de reprodução social, com papel singular para a manutenção do modo de produção capitalista que, em face das suas necessárias recomposições, implica novas tendências e formatações das políticas sociais, que seguem a tendências da mercantilização, focalização e privatização.

Compreendendo a relação das políticas sociais e o processo de expansão capitalista, é preciso apontar que o caminho que viabiliza e abre precedente para a sua abertura ao capital passa necessariamente pela mediação do Estado, da direção que ele impõe na condução das Políticas Sociais. E, considerando que a gestão da seguridade social no Brasil se configura como expressão concreta das relações sociais capitalistas (Silva, 2010), há de se ressaltar que o atravessamento

dos interesses de classes dominantes no Estado tem se sobreposto às necessidades da classe trabalhadora.

Isso corrobora com a reflexão de que a dimensão universalista do Estado e o atendimento de interesses da classe trabalhadora não são a razão de existência do Estado em essência, mas a atenção as demandas da classe trabalhadora se configura como meio através do qual se torna possível manter a dominação de classe e as condições de exploração e acumulação capitalista, dimensões inelimináveis do Estado no contexto do capital.

Nesse sentido, a discussão remonta ao que já abordamos: trata-se do alargamento ou da restrição da dimensão universalista do Estado e da objetivação das finalidades do capital.

Se o modo de produção capitalista se funda na indissociabilidade entre produção e reprodução e as políticas sociais são importantes mecanismos de materialização da função de reprodução social do Estado é importante reconhecer que as diferentes fases de expansão capitalista demandam padrões de regulação social específicos tendo como desdobramentos políticas sociais também sob formatos específicos.

Se estamos diante de um Estado com redução de gastos para áreas sociais ou que relega essas funções a terceiros, podemos afirmar que esse Estado está absorvendo e replicando uma correlação de forças entre as classes que é absolutamente desfavorável para as classes trabalhadoras, e a dimensão ético-política (ou finalista) que poderia propiciar o aprofundamento dos direitos para as classes dominadas está bastante comprometida.

Com base nisso, é importante realizar um balanço sobre as políticas sociais no Brasil, que passa ao longo de sua história tanto por momentos de ampliação das possibilidades de aprofundando dos direitos quanto de inviabilidade, que expressam momentos de alargamento da dimensão universalista do Estado e outros de restrição. Assim, não percamos de vista que a reflexão sobre as políticas sociais deve sempre levar em consideração a totalidade social da qual faz parte.

## 2.2 A Gestão Social de Políticas Sociais no Brasil- Sua Relação Histórica com o Padrão de Regulação Social e de Desenvolvimento Econômico

Abordamos anteriormente que a estrutura da administração pública se diversifica em decorrência das necessidades postas pelo processo de expansão do capital, sendo forjada através de pactos de dominação que cobram do Estado um determinado potencial de intervenção social e econômica.

Já discutimos, também, o significado das Políticas Sociais no contexto da ampliação da intervenção do Estado no bojo das transformações do capital, sobretudo no curso da transição à fase dos monopólios e no contexto da financeirização.

Ademais, também já referimos que o Estado possui uma materialidade institucional que se expressa efetivamente nas ações concretas que efetua. Sendo assim, por ora o que propomos realizar é um breve balanço sobre as intervenções do Estado no campo dos direitos e das políticas sociais nos diferentes contextos sociais no Brasil.

Nota-se que ao longo de nosso trabalho entraram em destaque alguns períodos particulares da história do Brasil em virtude das significativas mudanças que experimentaram quanto ao desenvolvimento econômico, o padrão de regulação social e de administração pública. Destacamos, sobretudo, as décadas de 1930 no contexto do amadurecimento da estrutura burocrática do Estado e da intensificação da industrialização e das relações sociais capitalistas no país; a década de 1950 do Estado desenvolvimentista e o processo inicial de trânsito aos monopólios; o período de ditadura Militar entre a década de 1960 e 1980 que envolve coerção, desenvolvimento do capitalismo monopolista e crise econômica; o pós redemocratização com o processo de abertura política, a materialização da constituição Federal de 1988 enquanto marco legal de um padrão de intervenção Estatal e de compromisso com o campo dos direitos; e o contexto do pós anos 1990, marcado pelo advento da política de ajuste neoliberal, a contrarreforma do Estado e as perdas no campo das Políticas Sociais. Considerando que a realidade social é extremamente dinâmica, tentaremos, ainda, elaborar algumas linhas sobre os anos mais recentes, que passam pelos governos do Partido dos Trabalhadores e chegam



até o Golpe do ano de 2016. O período pós-golpe abordaremos na próxima parte deste trabalho.

Não temos a intenção de fragmentar as reflexões aqui presentes, mas, consideramos importante trazer um balanço, muito breve, que possibilite uma visão geral e uma espécie de exemplificação sobre como o perfil das políticas sociais se altera em relação aos diferentes contextos econômicos e padrões de intervenção estatal, porém, sempre sobre uma base estrutural formal e legal que as condiciona e concretiza. Ou seja, cada momento do processo de desenvolvimento do capital exige um determinado perfil de intervenção estatal que formaliza a base de implementação das políticas sociais do Estado.

Assim, retomando a década de 1930 como marco do processo de institucionalização das políticas sociais no contexto da industrialização, da consolidação do capitalismo no país e da agudização das lutas de classes, a intervenção do Estado na área social naquele período se configurava como um aspecto essencial para regular as relações entre capital e trabalho, possibilitado a partir do processo de maior desenvolvimento das estruturas burocráticas do Estado brasileiro.

No que tange às ações públicas voltadas às áreas sociais e ligadas aos direitos, Em 1923 foram criadas as CAPS (Caixa de Aposentadorias e Pensões), por meio da lei Eloy Chaves, e em 1933 foram criados os IAPS (Institutos de aposentadorias e pensões). O Estado regulava o acesso dos trabalhadores aos direitos sociais, em virtude da regulação estabelecida com o Ministério do Trabalho.

A intervenção social se constituiu como instrumento privilegiado do Estado para prover serviços, baseado na ampliação “regulada” da cidadania e a construção da hegemonia “seletiva”, a fim de implementar um projeto de “modernização conservadora” nos marcos da ordem capitalista.

“A organização institucional para materializar os serviços previdenciários e assistência médica, via IAP’s, apresenta-se como uma estrutura exemplar que articulava organicamente as dimensões burocráticas e patrimonialistas da ordem administrativa brasileira, além de formatar a estrutura pela qual se faria a incorporação seletiva da classe trabalhadora no processo de industrialização e urbanização do país.” (Souza Filho, 2017, pág. 111)

Considerando que não existia uma lógica ou um projeto de universalização e aprofundamento de direitos sociais, a estrutura burocrática organizada para operar as políticas sociais se efetivava, também, de forma seletiva e limitada.

Segundo Dutra (2016) no período de 1930 a 1945, as decisões sobre a política social se articulavam em torno da ideia de incorporação e integração social e possibilitou a formação da tecnoestrutura estatal pautada no projeto de desenvolvimento nacional, propiciando o surgimento da chamada “cidadania regulada”, ou seja, em que os direitos sociais eram conferidos à grupos ocupacionais.

A partir da década de 1950, onde alguns autores localizam o início da irrupção do capitalismo monopolista, começa a se apresentar como objetivo central a condução da economia brasileira a um novo patamar de desenvolvimento, em que se estrutura um padrão de acumulação caracterizado pela industrialização pesada e um Estado desenvolvimentista no Brasil (voltado a um projeto de criar uma economia nacional industrializada liderada pela intervenção planejada do Estado).

Souza Filho (2013) pontua que no contexto da consolidação do Estado desenvolvimentista as características da administração pública na área das políticas sociais se baseiam na expansão das instituições da área previdenciária com intensificação da combinação entre especialização burocrática e lealdade patrimonialista, visando a incorporação seletiva e parcial da classe trabalhadora, via institutos de previdência.

Evidencia-se a ampliação da estrutura clientelista da assistência social articulada com a necessidade de ampliação dos especialistas que possibilitem a organização das ações de distribuição de recursos públicos e apoio técnico para as instituições filantrópicas.

Para Dutra (2016), a política social e o projeto de industrialização nos anos de 1950 tinham como requisito comum o fortalecimento do Estado e sua atuação tanto no setor produtivo estatal quanto através do fundo público e no gerenciamento da distribuição pública.

Já a partir do golpe de 1964 destaca-se que o que ocorreu no Brasil quanto a ordem administrativa foi a institucionalização e expansão da estrutura que já existia, porém, na direção da consolidação do capitalismo monopólico no Brasil. Assim, se o insulamento burocrático da década de 1950 se coloca como estratégia para o processo de irrupção do capitalismo monopolista no Brasil sob uma dupla

articulação e com exclusão da classe trabalhadora, a partir da ditadura de 1964 a situação se agrava e coloca novos contornos na articulação entre o setor privado e o setor estatal, com clara ampliação da administração indireta e processos de coerção social.

As políticas sociais nesse período têm características importantes, forja-se uma tendência de universalização das políticas sociais conduzidas pelo Estado, porém, sobre uma estrutura institucional precária e um sistema público de baixa qualidade. Ao mesmo tempo, de forma combinada com a mercantilização de serviços. Outras características são a fragmentação, a centralização e a burocratização das instituições responsáveis pela implementação. Nesse período tem-se a articulação entre assistência, paternalismo e repressão.

As políticas sociais residuais foram organizadas a partir de uma estrutura administrativa também de baixa qualidade, apesar disso, houve, no período, uma expansão da estrutura administrativo-burocrática do setor social, embora no campo das políticas sociais, principalmente na área de assistência social, tenha havido uma manutenção da articulação com padrão tradicional patrimonialista.

A expansão das políticas sociais se submetia a uma lógica clientelista em detrimento das necessidades e demandas da população, e a partir de 1964 sofreram inflexões em virtude da maior centralização do poder tecnocrata, retirada dos trabalhadores da arena política, criação de fundos e contribuições sociais como mecanismos de autofinanciamento dos programas sociais, privatização dos programas sociais, etc. (Dutra, 2016). Prevalecia o Estado centralizador e fomentador da consolidação da área privada de acumulação de capital

Após a reforma de 1967, o Estado começou a sofrer um processo de privatização em dupla direção: primeiro partindo das elites dominantes, através de canais que possibilitavam efetivar a influência do empresariado nas definições sobre as orientações do projeto industrializante.

O outro processo de privatização do Estado ocorria através da predominância de uma lógica tipicamente patrimonialista, sobretudo no âmbito da administração federal responsável pela implementação de políticas sociais, e nas administrações diretas estaduais.

Chegando-se ao contexto da década de 1980, a luta pela redemocratização significou um processo de redefinição dos critérios de avaliação social, que se deslocaram no sentido da própria problematização e redefinição do papel do Estado.

O processo de redemocratização modificou o padrão de proteção social no Brasil e consagrou um pacto federativo a partir da nova Constituição Federal de 1988 que instituiu a descentralização político-administrativa e a participação social na elaboração e controle das políticas sociais.

O novo documento de ordenamento jurídico, organizativo e de redefinição da estrutura e da função do Estado, materializado na Constituição Federal de 1988, apresentou grandes avanços em relação aos direitos sociais e construção de um Estado de Bem-Estar Social. O texto constitucional consagra de forma inédita para além dos direitos civis e políticos, os direitos sociais, colocando-se, com isso, o arcabouço jurídico-político para implementar as Políticas Sociais compatíveis com a justiça social e a universalidade. (Netto, p. 157, 1999).

A carta Constitucional é um marco na gestão das políticas sociais não só porque pactua o compromisso do Estado mas também porque afirma os princípios e diretrizes que devem ser contemplados. Entretanto, a CF/88 não estabelece, processualmente, a forma como deve se dar a implementação das ações e as prioridades. Pelo menos no campo da Saúde, diversos tem sido os documentos, amparados legalmente, voltados à esses objetivos, dentre os quais estão aqueles que versam sobre os “instrumentos de Gestão do SUS”. Embora pareça que instrumentos de gestão e normativas complementares se colocam como engessamento do processo de gestão e planejamento (ou em outras palavras, como aprofundamento da dimensão instrumental da razão e da gestão), consideramos que sem os mesmos, essas funções ficariam à mercê de um campo de decisões extremamente complexo que se refere ao campo das escolhas pessoais do sujeito que ocupa o cargo de gestão, o qual tem implicação e identificação, obviamente, com um determinado projeto de classe. Mas esses instrumentos também não podem passar ao largo de uma análise crítica.

Os movimentos sociais e forças políticas democráticas continuavam engajadas politicamente, com atuação voltada a fortalecer as estruturas propiciadoras e que viabilizasse os direitos sociais, tendo por finalidade consolidar os dispositivos constitucionais. Esse tipo de ação aconteceu de forma emblemática na área da saúde, assistência social, infância e adolescência, etc., com seus respectivos marcos legais, configurando leis bastante avançadas nos marcos de um Estado de forte perfil patrimonialista e autoritário, em que o processo de

universalização dos direitos se fez, porém, de forma excludente e de baixa qualidade.

Essas leis representaram um significado político-institucional e, enquanto orientação institucional, enquadram-se no paradigma de construção de um Estado de bem-estar provedor de direitos sociais. Se expressam, portanto, como importante instrumento político-cultural e institucional de contribuição para modificar a configuração predominante do Estado brasileiro no que diz respeito às políticas sociais.

Nesse contexto, a diretriz de descentralização tinha como norte a transferência das competências e atribuições para os municípios por entender que essa instância era a mais adequada para a própria concretização do controle democrático dos cidadãos, entre outros motivos, como por exemplo, as dimensões continentais do país e as diferenças latentes em cada região, dos diferentes Estados e municípios.

Se a Constituição Federal de 1988 consagrou a expressão seguridade social para alcançar um padrão de proteção social que se pretendia abrangente e redistributivo, no avanço do neoliberalismo na década de 1990 como orientação política e econômica central, o que se tinha no campo prático eram provisões públicas que se resumiam em poucos benefícios para os mais pobres.

A conjuntura neoliberal, a qual já abordamos suas particularidades enquanto política de ajuste econômico e no campo da contrarreforma do Estado, apresenta um eixo central de contradição: por um lado, o contexto da década de 1980 proporciona a construção de um padrão legal para a política social na lógica universalista, de participação social e numa perspectiva de aprofundamento da democracia. Por outro, as mudanças ocorridas à nível mundial e a hegemonia liberal-conservadora impõem limites ao desenvolvimento de tal padrão das políticas sociais. Nesse contexto, de contradições e lutas sociais, Dutra (2016) afirma:

“A luta pela manutenção do caráter universalizante das políticas sociais públicas, em especial a seguridade social, no seu tripé formado por previdência, saúde e assistência social; a luta pela efetivação da democracia e da cidadania é indissociável da ampliação progressiva da esfera pública, onde refratam interesses sociais distintos que ultrapassam a lógica privatista no trato do social em favor dos interesses da coletividade” (Dutra, 2016, pág. 42)

Conforme sinalizamos anteriormente, o processo de reforma administrativa do Estado em direção à uma administração gerencial da década de 1990 se guiava pelo princípio da “gestão pela qualidade”, sob a orientação de voltar-se ao interesse coletivo, entretanto, Behring e Boschetti (2007) sinalizam que tratou-se, na realidade, de uma reformatação do Estado para uma adaptação passiva à lógica do capital, se configurando como um período de contrarreformas, voltadas prioritariamente para o mercado, e desprezo com relação às conquistas de 1988 no terreno da Seguridade Social (Behring e Boschetti, 2007).

Ao realizar um breve balanço das Políticas Sociais no pós contrarreforma do Estado notaremos que, embora o direcionamento da gestão Estatal se volte, no campo dos discursos governamentais, ao pretensão atendimento das necessidades coletivas e o fortalecimento da figura do Estado enquanto instância de materialização do interesse geral e coletivo, no campo prático, fica nítido que essa função universal não se realiza, a contar pela visível agudização das péssimas condições de vida e trabalho da classe trabalhadora.

Dentro da estratégia política e econômica de orientação neoliberal, Laurell (2002) afirma que há distanciamento do conceito de “direito” e ênfase em políticas assistencialistas, onde os programas seriam voltados às parcelas mais comprovadamente pobres da população. O neoliberalismo acaba sendo uma oposição à universalidade, igualdade, direitos sociais, e gratuidade dos serviços sociais.

Segundo Behring e Boschetti (2007) no que diz respeito aos direitos sociais e políticas sociais, a tendência tem sido de restrição e redução de direitos, onde as políticas sociais têm se transformado em ações pontuais e compensatórias, sob as características do trinômio “privatização”, “focalização” e “descentralização”.

Segundo lamamoto (2008), a implantação da política neoliberal do Estado, que propicia o favorecimento da política econômica, tem limitado as possibilidades de investimentos públicos e a oferta de políticas sociais públicas, e em seu lugar, tem favorecido o seu processo de privatização. Alves (2003), ao fazer um balanço da década neoliberal no Brasil, aponta que não houve ganho para o conjunto da sociedade, posto que evidenciou-se o aprofundamento da desigualdade social, a degradação do mundo do trabalho, aumento dos índices de desemprego e da precarização da força de trabalho e dos estatutos salariais.

Constata-se a inversão das orientações constitucionais de defesa dos princípios norteadores da Seguridade Social e o abandono das formas de intervenção conquistadas com a Constituição Federal de 1988. Ou seja, os direitos estabelecidos pela Carta Magna, compondo a Seguridade Social, de certa forma, se esvaziaram do conceito de direito, principalmente por estarem sendo retirados do âmbito público (Behring e Boschetti, 2007).

Segundo Souza Filho (2013) O Padrão Neoliberal de Política social baseia-se na abertura comercial e privatização, desresponsabilização do Estado através de ações focalizadas, fragmentadas e privatizadas. Destaca-se aí, a “descentralização destrutiva” que é uma combinação do desmonte de instituições nacionais sem planejamento e transferência das ações para os municípios<sup>20</sup>.

A partir dos anos de 1990, com o advento do projeto neoliberal, a descentralização começou a ser realizada de forma desorganizada e fragmentada, em forma de desconcentração, além do fato de que programas sociais sob controle exclusivo do Executivo municipal ou estadual passaram a ser alvo de barganhas eleitorais e práticas clientelistas, reforçando o histórico de traços patrimonialistas no âmbito da administração pública.

A diretriz constitucional de descentralização promoveu a desresponsabilização das esferas estaduais e federal, dando abertura para a perpetuação de práticas patrimonialistas nos municípios. Contraditoriamente, a descentralização também possibilitou aos municípios com maior mobilização a construção de políticas participativas e com conteúdos mais adequados às demandas sociais, ainda que tímidas.

Para seguir o processo de reflexão sobre as Políticas Sociais nos anos mais recentes no Brasil, no bojo da intervenção estatal e em sua relação com o contexto de desenvolvimento do capitalismo, consideramos pertinente se atentar para o

---

<sup>20</sup> Souza Filho (2013) identifica três tendências para as Políticas no Brasil: o Padrão democrático de Política Social; Padrão neoliberal de Política Social e padrão tradicional de Política Social. O Padrão democrático de Política Social tem uma perspectiva de garantia universal de direitos sociais, baseada na participação popular e descentralização político-administrativa resguardando o poder central como formulador e executor das políticas sociais. É o padrão que consta na CF, Leis orgânicas da Saúde e Assistência Social, ECA, etc. Padrão Tradicional de Política Social: se baseia na lógica assistencialista e caritativa, combina o padrão da República Velha e o corporativismo do pós 1930, sobretudo na área previdenciária.

movimento de financeirização do capital, o qual já abordamos anteriormente, visto que essa tendência do capital se espraia por todos os âmbitos da vida social.

O padrão da administração pública atualmente, conforme apontamos anteriormente, tem sua materialidade institucional fundamentada na linguagem burocrática, que é a expressão fenomênica do Estado no capitalismo e, segue, atualmente as reorientações de fundo econômico, baseado em recomendações de organizações internacionais que realizam grande pressão sobre o campo da ação estatal, sobretudo no tocante às políticas sociais.

É importante notar que a acumulação do capital, cuja dinâmica inclui crises e estratégias de expansão, tem como esteio o papel que o Estado é incumbido a assumir na esfera da administração pública, sobretudo no campo da reprodução social, cujas refrações, invariavelmente, repercutem no âmbito das Políticas Sociais e da Seguridade Social. Mas, mais do que isso, nota-se que as Políticas Sociais não sofrem simplesmente os rebatimentos de um modelo econômico, mas começam a servir como mecanismo para a expansão, cuja mediação se dá através do Estado.

Assim, no Brasil, tivemos no ano de 2002 a eleição de Luís Inácio Lula da Silva. Segundo Bravo e Menezes (2011), a expectativa girava em torno de um governo que levasse mais em consideração uma economia voltada para o interior e maior foco nas políticas sociais e participação social, irrompendo um pouco com as políticas de ajuste neoliberal inauguradas com Fernando Henrique Cardoso na década de 1990. No entanto, as tendências da política neoliberal, incluindo as políticas sociais da década de 1990, se mantiveram e se reafirmaram continuando a causar impactos sobre as políticas sociais (Iamamoto, 2008),

De acordo com Behring e Boschetti (2007), diversas características que permearam a década neoliberal no Brasil também estão presentes no Governo Lula. Para explicitar a forma com que se assemelham as políticas sociais nos dois governos tomamos como base a análise que a autora faz das Reformas da Previdência que ocorrem no ano de 1998 (Governo Fernando Henrique Cardoso) e no ano de 2005 (Governo Lula):

As reformas da previdência de 1998 e 2005 introduziram critérios que focalizaram ainda mais os direitos da população contribuinte, restringiram direitos, reduziram o valor dos benefícios, limitaram alguns benefícios...e não incorporaram os trabalhadores pobres inseridos em relações informais. (BEHRING e BOSCHETTI, 2007, p. 161)



Ou seja, ambas as Reformas apresentam o mesmo direcionamento de precarização das políticas sociais. No entanto, os discursos políticos nem sempre deixavam explícitas as orientações do governo no trato dessas políticas.

A Política fiscal iniciada no Governo Fernando Henrique Cardoso entre 1999 e 2002 foi mantida no governo Luíz Inácio Lula da Silva, e estava orientada por recomendações de acordos feitos entre o governo brasileiro e o Fundo Monetário Internacional (FMI) desde 1998. (Dutra, 2016)

No trato das Políticas Sociais foram seguidas as orientações das agências multilaterais ao desenvolver e implementar programas sociais focalizados no combate à extrema pobreza e à desigualdade social, em que as políticas passam a funcionar simultaneamente como mecanismo de promoção e de controle social, dificultando as possibilidades de exercício do direito social.

A baixa qualidade dos serviços prestados e a não universalização dos mesmos nesse período, fortalecia a ideia de trazer para o campo das políticas sociais os modelos privados de gestão, cuja ênfase se daria na pretensa satisfação do consumidor-cliente e cuja justificativa era a de aumento da qualidade. Isso ia de braços dados com os mecanismos de passagem de partes importantes da educação, saúde e assistência social para o mercado, “com formação de três categorias de cidadãos: o cidadão-fabril, o cidadão-consumidor o cidadão-pobre.” (Dutra, 2016, pág. 61).

O governo Lula manteve os parâmetros macroeconômicos da época de Fernando Henrique Cardoso, como por exemplo, o superávit primário, a Desvinculação de receitas da união (DRU), pagamento de juros, tributação sobre o consumo como estratégia de aumento da arrecadação da união, etc. (Bravo, 2007).

Entre outras coisas, o que se verifica é um processo de continuidade do perfil regressivo do Estado no que tange às Políticas Sociais, apesar delas terem como base o aporte legal e as diretrizes firmados desde a Constituição Federal de 1988 e as leis complementares que orientam as Políticas Sociais em perspectiva contraditória em relação à forma como vem se estabelecendo atualmente.

Para Silva, Almeida e Andrade (2017), se o período de Fernando Henrique Cardoso representou um neoliberalismo ortodoxo, com vinculação e compromissos explícitos com o capital financeiro especulativo, na conquista de novos nichos de lucro e na disputa pelo fundo público, os governos Lula e Dilma são vistos como

uma espécie de “social-liberalismo”, uma segunda fase do próprio neoliberalismo, apontando estratégias de governo “neodesenvolvimentistas”.

Assim, apesar de terem sido eleitos sob uma expectativa de refutar a agenda neoliberal ortodoxa, os governos de Lula e Dilma mantiveram as prerrogativas mais estruturais do neoliberalismo e as vantagens ao capital, bem como, deram continuidade às contrarreformas da Seguridade Social<sup>21</sup>, em que uma das medidas diz respeito à conversão do FSE (Fundo Social de Emergência) na Desvinculação de Receitas da União (DRU) e sua renovação permanente, que, na ocasião desses governos PT já permitiam a subtração de 20% dos recursos da Seguridade social. Com relação à Política de Assistência Social, entretanto, o caminho adotado foi inverso ao período de FHC, pois ela passou a se configurar como o “carro chefe”. Os governos PT atuaram no sentido de regulamentar, institucionalizar e expandir a Política de Assistência Social, ainda que isso também fosse feito a partir das orientações dos organismos multilaterais e numa clara vinculação com a proposta de financeirização.

Entretanto, em virtude da crise que se aprofundou por volta do ano de 2008, cujos reflexos chegaram ao Brasil um pouco tardiamente, atrelada às disputas internas de frações da burguesia, o modelo adotado pelos governos PT de “neodesenvolvimentismo” começaram a dar sinal de esgotamento já no primeiro mandato de Dilma Rousseff. Nesse contexto, foram forjadas as bases que sustentariam o “golpe” sofrido pela então presidenta, no ano de 2016, e dando início a um projeto político e econômico que materializa um processo de endurecimento para as classes trabalhadoras e de perdas significativas no campo dos direitos sociais, num contexto que a figura do então vice-presidente Michel Temer e os arranjos políticos ficaram protagonizados.

A plataforma e as estratégias principais do governo que se seguiria já estavam postas seis meses antes da instauração do processo de impeachment materializadas por Michel Temer no programa chamado “Uma ponte para o futuro”.

A era PT e o segundo mandato de Dilma Rousseff se encerram, então, a

---

<sup>21</sup> A exemplo disso destaca-se as Emendas Constitucionais N° 41 e 47 do Governo Lula; a Lei 12.618/2012 e as Medidas provisórias N° 664/2014 e 665/2014 do Governo Dilma que deram sequência à Reforma da Previdência Social

partir daquilo que, na aparência se colocava como um processo legal impeachment, mas que na prática se configurou como um golpe, ignorando os preceitos constitucionais e apontando para um cenário devastador no campo político e, sobretudo, no campo dos direitos. Era visível, naquele contexto, o cerne de um projeto que buscava uma nova reorientação do Estado, a se voltar fundamentalmente para o capital e o campo privado.

Assim, compreendendo que a história e o modo de produção capitalista vivenciam ciclos de crises e transformações sem os quais sua expansão não se realiza, o período pós impeachment é absolutamente recente na história do país, mas também indicativo de muitos retrocessos no campo dos direitos, da democracia, da luta de classes, das possibilidades políticas de universalização dos direitos da classe trabalhadora. Um período em que o Estado passa a ser (ou continua) utilizado estrategicamente como esteio do capital, porém, a partir de outros paradigmas.

Porém, e, sobretudo, estamos considerando que o pós golpe de 2016 e principalmente o interstício entre o golpe e as novas eleições presidenciais carecem de análise tendo em vista que se configura como período crucial de preparo das estruturas do Estado para a implantação de estratégias do capital, cuja alternativa não é outra senão aquela que passa pela diminuição das potencialidades da luta das classes trabalhadoras e as sucessivas perdas de direitos; um período dotado de possibilidade de abrir as portas e preparar o terreno para as medidas que já eram latentes e viriam a se concretizar posteriormente.

Esse é o período chave de nossas análises, pois estamos considerando que o governo Temer, sem a menor preocupação com a legitimidade ou com a popularidade se coloca como condição para o manuseio da base política e administrativa no país, para o preparo das estruturas sociais, políticas e econômicas que viabilizariam o projeto de sociedade que estava em construção enquanto demanda das classes dominantes, em especial do capital financeiro, do capital internacional e das tradicionais elites agrárias brasileiras.

Com isso, encerramos a primeira parte de nosso trabalho, que se voltou à refletir os pressupostos teóricos e históricos das temáticas que subsidiam o debate sobre a gestão da política de Saúde dentro da concepção teórico-metodológica marxista.

Nesse sentido, nos debruçamos sobre as mediações que permitem pensar nas duplas dimensões da gestão, do Estado e das Políticas Sociais no contexto do desenvolvimento do modo de produção capitalista, em que, ao mesmo tempo em que sua existência se volta originalmente às demandas de expansão do capital, em especial no campo da reprodução social, tais instâncias também possuem uma dimensão voltada ao atendimento das necessidades da classe trabalhadora, se constituindo como componente estratégico para essas classes e também instrumento ideológico de dominação e consenso.

Realizamos um balanço sobre o campo da Administração Pública no capitalismo e no Brasil, de modo a ratificar que a gestão da política social, enquanto componente da estrutura burocrática e administrativa do Estado, tem as marcas das particularidades e especificidades da formação sócio-histórica brasileira, as quais repercutem até os dias de hoje nos espaços da administração pública, na materialização das políticas sociais, nas relações sociais, na constituição dos pactos de dominação do país, e nas estratégias de expansão do capital e de dominação.

Ressaltamos sobre a institucionalidade material do Estado no capitalismo, composto a partir de uma estrutura burocrática, formal e legal, que se reorganiza e refuncionaliza sempre em função da dinâmica das relações sociais capitalistas de produção, de reprodução e de expansão capitalista, enquanto pressuposto que nos concebe a possibilidade de pensar a análise da gestão a partir da estrutura formal e instrumental do Estado e de sua ordem administrativa para refletir o campo da dimensão ético-política.

Tivemos a preocupação de demonstrar como cada contexto social possui particularidades que se desdobram nos processos de gestão social e de regulação do Estado, em sua intrínseca relação com as perspectivas de expansão e reorganização do modo de produção capitalista, assim, a próxima parte se volta especificamente às discussões sobre a própria política de saúde, a gestão da saúde, e as particularidades do contexto do pós golpe de 2016 no Brasil.

### **3 GESTÃO EM SAÚDE E FORMAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

#### **3.1 Um Panorama da Formação da Política de Saúde no Brasil e Considerações acerca do Recorte do Objeto de Análise**

As Políticas Sociais não visam romper com a lógica do capital, mas tornam-se formas racionalizadas e instrumentais de resolução imediatista de problemas Sociais. A lógica da constituição das Políticas Sociais se baseia na sua conversão em instrumento a serviço do capital e que sua implementação se efetiva a partir de um aparato institucional racional com modernas tecnologias e técnicas de resolução onde o Estado se coloca como coordenador de serviços sociais e disseminador de normas e padrões regulamentares (Guerra, 2000).

Com isso, estamos recuperando a ideia de que o Estado e a Administração pública possuem uma materialidade institucional que se expressa através de uma racionalidade formal-legal, de um aparato técnico-burocrático e de leis e regulamentações, compondo sua dimensão instrumental. E quanto à dimensão finalística, volta-se, majoritariamente, ao processo de reprodução e dominação do capital.

Contudo, ao longo desse trabalho, também consideramos que, embora a racionalidade finalística da gestão e do Estado numa sociedade de classes tenha como orientação central o aprofundamento da exploração/dominação, ela também pode voltar-se à uma perspectiva de defesa da liberdade. Além disso, também reconhecemos que, embora a face universalista do Estado não seja a sua razão de existir, ela faz parte da estrutura estatal e é a face legitimada socialmente, tendo como elemento central de tensionamento a luta de classes.

Nessa perspectiva, a Política de Saúde formalmente reconhecida e legalmente sancionada pela Constituição Federal de 1988 e pelas leis regulamentares se configura justamente como o resultado de um processo histórico de lutas que alcançou e penetrou potencialmente o aparato Estatal na década de 1980, trazendo em seu conteúdo formal-legal traços que, ainda que parcialmente, materializam e reconstituem diversas das demandas e propostas coletivas do

movimento de Reforma Sanitária que se iniciou antes mesmo do processo de redemocratização.

Entretanto, a reforma gerencial do Estado e da administração pública realizada na década de 1990 abriu precedentes para um processo de redimensionamento da dimensão universalista do Estado em função das exigências dos processos de expansão do capital que atingem visceralmente as Políticas Sociais, e de maneira ainda mais particular a política de saúde, cuja estrutura constitucional e legal por si só, apesar de se configurar como avanço, possui suas lacunas.

Assim, considerando que nossa pesquisa tem como perspectiva a importância da defesa do SUS (Sistema Único de Saúde) enquanto uma das propostas do Projeto da Reforma Sanitária e pela sua direção ao lado de um projeto emancipador, partimos da compreensão de que tal movimento supõe retomar o processo de constituição da Política de Saúde, dos princípios e diretrizes que lhe dão sustentação.

Para falar da gestão da Política de Saúde na atualidade, portanto, é preciso considerar que:

“A área da saúde tem passado historicamente por sucessivos movimentos com alterações em suas políticas decorrentes das distintas articulações entre sociedade Civil e o Estado, que definem em cada conjuntura as respostas sociais frente aos problemas de saúde.” (GONÇALVES, 2006, p. 9)

Ao realizar o resgate histórico da política de saúde no Brasil nota-se que, apesar de outras iniciativas anteriores, o início de um processo de maior organização de sua formação e desenvolvimento data da década de 1930 (Assumpção, 2007), justamente na era Vargas, que é um período que demarca, também, o início de um processo mais articulado e racional de reconfiguração da estrutura da administração pública no Brasil.

Segundo Braga e Paula (1981) “é possível afirmar que a partir de 1930 emerge e toma forma uma política nacional de saúde e, mais precisamente, instalam-se os aparelhos necessários à sua efetivação”. Entretanto, essa política se estabelece sob um caráter bastante restrito, em virtude da limitação da amplitude da cobertura e nos aspectos técnicos e financeiros da estrutura organizacional (Braga e Paula, p. 50, 1981).

As alterações de caráter político e as transformações da natureza do Estado naquele período criam as condições iniciais para que as questões sociais em geral – e as de saúde em particular pudessem ser enfrentadas através de um bloco orgânico e sistemático de políticas, embora já estivessem postas desde o período anterior. A nova dinâmica de acumulação, sob domínio do capital industrial, produz resultados característicos – “aceleração da urbanização, ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação etc – novas exigências pressionam no sentido de efetivação e ampliação das políticas sociais.” (Braga e Paula, p. 52, 1981)

Portanto, segundo Bravo (2000), o cenário brasileiro desta década, com seu processo de industrialização, de redefinição do papel do Estado, com suas características econômicas e políticas possibilitou o surgimento de políticas sociais com potencial de responder aos problemas sociais, inclusive os de saúde (colocados desde a década de 1920) de forma mais sofisticada e enquanto uma questão política.

Na década de 1930, o foco voltava-se para questões trabalhistas e na tentativa de harmonizar empregados e empregadores<sup>22</sup>, o que fazia com que os direitos sociais fossem atrelados à inserção no mercado formal de trabalho. Isso mostra com clareza que a organização da administração pública nesse período tinha como viés o fortalecimento do início do processo industrializador do Brasil e visava estruturar as relações sociais a partir da dinâmica das relações trabalhistas, posto que a subsunção do trabalhador a uma relação de compra e venda da força de trabalho é uma marca indispensável ao processo de desenvolvimento do capital. Assim:

A Era Vargas caracterizou-se por um modelo meritocrático de base corporativista, relacionando os direitos do cidadão ao processo produtivo legalmente reconhecido, evidenciando os aspectos das desigualdades sociais aos excluídos do mercado de trabalho formal. (OLIVEIRA, 2006, p. 26)

Braga e Paula (1981) assim, afirmam que a partir desse contexto e das particularidades que ele apresenta se pode identificar “uma política de saúde de

---

<sup>22</sup> Nesse sentido foram criados o Ministério do Trabalho, a Justiça do Trabalho e a Consolidação das Leis Trabalhistas.

caráter nacional, organizada centralmente em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária” (Braga e Paula, p. 52, 1981), em que o primeiro é predominante até os anos 60, e o subsetor de medicina previdenciária se amplia significativamente a partir de fins da década dos 50.

De acordo com Assumpção (2007), a partir da década de 1930, a saúde foi organizada em dois subsetores, o de Saúde Pública e o de Medicina Previdenciária. Segundo Gonçalves (2006), havia grande dicotomia entre a atenção médica curativa e as medidas preventivas de caráter coletivo, cujo ponto alto se localiza na década de 1950, mesma década em que foi criado o Ministério da Saúde (1953), cuja atuação ficou restrita em virtude de pouca verba e descaso, refletindo em péssimas condições da saúde coletiva.

Bravo (2000) aponta que o sistema de saúde brasileiro se configura de forma bastante diferente após o golpe militar de 1964, que significou uma nova tendência de desenvolvimento econômico-social e político. Nesta fase da história brasileira, o Estado se utilizava da repressão e da assistência no trato das expressões da “questão social”.

Os programas de saúde e educação se desenvolveram baseados no privilegiamento do setor privado. A questão da medicalização foi imposta enquanto estratégia de ações voltadas para assistência curativa individual, sem enfoque em ações coletivas e preventivas. A saúde pública teve um declínio e a medicina previdenciária apresentou crescimento, beneficiando o produtor privado; houve interferência estatal na previdência, cujo objetivo era favorecer a lucratividade do setor da saúde e um atendimento médico diferenciado de acordo com a “clientela”.

A partir de 1966 houve fortalecimento da categoria de Medicina Previdenciária, que atuava com base na criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que foram unificados com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), ofertando seus benefícios apenas para trabalhadores com carteira assinada. Assim a assistência permanecia atrelada ao fator previdenciário (Oliveira, 2006; Bravo, 2000).

Segundo Gonçalves (2006), se afirmavam políticas sociais de cunho assistencialista, fragmentadas e paternalistas. De contrapartida, segundo Matos (2009), o período da Ditadura Militar, em especial a partir da década de 1970, evidenciou tendências polarizadas em torno da questão da saúde. Nesse período o chamado “Movimento Sanitário” começa a questionar o sistema de saúde vigente e



a apresentar propostas para a construção de um novo sistema de saúde que fosse desatrelado de qualquer contrapartida financeira, embora eficaz e eficiente. Esse movimento de reforma sanitária ganha volume em fins da década de 1970 tendo como esteio a própria crise da ditadura militar e o adensamento provocado por instituições e órgãos afins.

O movimento sanitário, portanto, tem início em meados da década de 1970, e a Reforma Sanitária começa a se tornar um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional pela proteção à saúde dos cidadãos, cuja expressão material se localiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado.

A proposta da Reforma Sanitária tem como elementos: a descentralização, a reorganização dos setores, o financiamento do setor e a definição dos recursos, a participação social, sugestão de criação do controle social e conselhos de saúde nas três esferas e dos conselhos de secretários de saúde. (Dutra, 2016)

Á respeito da polarização entre diferentes tendências em torno do tema saúde houve, nessa fase, a criação de diversos órgãos e serviços assistenciais. Oliveira (2006) cita o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPs), em 1977, voltado ao aprofundamento das tendências de privatização; o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), em 1976; Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1978, ambos relacionados ao movimento da Reforma Sanitária; ocorreu o primeiro Simpósio sobre Política Nacional da Câmara dos Deputados, em 1979, que, ainda que fosse promovido pelo Congresso Nacional, se configurou como espaço de fortalecimento da perspectiva do Movimento Sanitário, se configurando, segundo Matos (2009) como uma marco desse movimento.

No entanto, o país vivenciou nesse momento um acelerado e crescente processo de industrialização, ancorado numa dinâmica de repressão e violência institucional por parte do poder Estatal e às custas das liberdades individuais. As refrações desse processo provocaram várias mudanças no âmbito da sociedade, de tal maneira que “os serviços não contemplavam as necessidades postas pelos trabalhadores na atenção à saúde” (GONÇALVES, 2006, p. 28), desencadeando reivindicações por ações mais expressivas.

Diante disso, de acordo com Bravo (2000), a década de 1980 representou um divisor de águas no debate sobre saúde pública no Brasil. A sociedade, ao mesmo

tempo em que passava por um processo de redemocratização, com a queda do governo ditatorial, enfrentava também o início de uma crise econômica que perdura até os dias atuais.

Com a crise da ditadura militar vê-se o adensamento dos movimentos de organização popular. Na década de 1980 as classes trabalhadoras não conseguiram interferir substantivamente na ordem econômica, no entanto obtiveram vitórias no campo social e político, num contexto de lutas democráticas contra o regime ditatorial.

O tema da saúde era foco de discussões sobre as condições de vida da população em um debate que permeou toda a sociedade com envolvimento de novos sujeitos, dentre os quais profissionais da saúde, o movimento sanitário, os partidos políticos de esquerda e representantes da sociedade civil, chegando até às propostas governamentais. A saúde, segundo Bravo (2000), assumiu uma dimensão política, vinculada à democracia.

Esses sujeitos debatiam propostas como a universalização do acesso aos serviços; a saúde enquanto direito social e dever do Estado; a criação de um Sistema Unificado de Saúde, visando à reestruturação do setor e um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização dos processos decisórios; o financiamento e a criação de Conselhos de saúde, visando garantir processos democráticos.

De acordo com Oliveira (2006), discussões sobre os encaminhamentos da política de saúde ganhavam espaço no interior das instituições, e diversos grupos com ideias reformistas começaram a defender uma proposta abrangente de definição da política de saúde.

Um dos pontos mais marcantes no que se refere ao debate sobre a política de saúde foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, em Brasília, contando com a participação de cerca de 4500 pessoas, dentre as quais entidades representativas da população. A questão da saúde ganhou centralidade nos debates públicos, ultrapassando a análise setorial, e foi proposta, além do Sistema Único, uma Reforma Sanitária (Bravo, 2000). O desafio do movimento Sanitário era a consolidação e implementação do paradigma instituinte e a formalização na Constituição Federal de 1988.

Dessa forma:

A Saúde Pública, através do Movimento de Reforma Sanitária, apresenta um projeto de política de saúde que até então não se tinha visto na realidade brasileira. Resultou, portanto, uma nova forma de relação entre Estado e sociedade civil, provenientes dos debates entre diferentes atores sociais... (GONÇALVES, 2006, p. 29)

Segundo Bravo (2000), os principais aspectos da política de saúde que se gestava na década de 1980 eram a “politização da questão saúde” (cuja meta era ampliar o nível de consciência sanitária e incluir as demandas nas agendas governamentais), a “alteração da norma constitucional” (cujo texto abarca grande parte das reivindicações do movimento sanitário) e a “mudança do arcabouço e das práticas institucionais” (efetivado através de medidas para fortalecer o setor público e a universalização do atendimento, gerando a criação do SUDS– Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - depois, Sistema Único de Saúde).

Dessa forma, como fruto de todo esse esforço coletivo de lutas e pela redemocratização, em 1988 foi promulgada a Constituição Federal de 1988, onde passou a ser possível a expectativa de extensão dos direitos sociais no Brasil do ponto de vista jurídico, em face do período de crise e aumento das desigualdades sociais. Neste contexto, “a saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos.” (CFESS, 2010, p. 18)

O texto constitucional evidencia os avanços e a incorporação de diversas das demandas dos movimentos de reforma sanitária, e a Constituição Federal de 1988, vigente até hoje apesar das diversas emendas constitucionais, representa um alcance sem precedentes, modifica o sistema de proteção social brasileiro, amplia direitos sociais e a concepção de seguridade social,

A Política de Saúde é institucionalizada legalmente a partir do Título VIII, Capítulo II, Sessão II, do artigo 197 ao 200 da Constituição Federal de 1988, e partir de então, a Saúde passa a se constituir como um dos tripés básicos da Seguridade Social, que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à Saúde, Assistência Social e Previdência Social. A integração do SUS (Sistema Único de Saúde) na Seguridade Social era uma das proposições da Reforma Sanitária, configurando uma proposta que foi reconhecida e atendida, demonstrando a dimensão das conquistas dos movimentos do início da década de 1980. (CFESS, 2010)

Os principais pontos abordados no texto constitucional dizem respeito ao direito universal à Saúde e o dever do Estado; o poder público como responsável pela regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços em Saúde; a constituição do Sistema Único integrando os serviços de forma hierarquizada, regionalizada e descentralizada, além do atendimento integral com participação da comunidade, mas também, prevê a participação do setor privado de forma complementar, sendo proibida a destinação de verba pública para instituições de fins lucrativos. A área da saúde foi a que mais obteve sucesso no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais, fato expresso pela Constituição de 1988 (Mioto e Nogueira, 2006).

Portanto, segundo o texto constitucional, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, e deverá ser garantida através de políticas sociais e econômicas que visem reduzir os riscos de doenças, o acesso universal e igualitário aos serviços e ações, a fim de garantir a promoção, recuperação e proteção à saúde. As ações e serviços voltados para a saúde, assim como a fiscalização, regulamentação e controle passam a ser de responsabilidade do Poder Público.

A Constituição Federal de 1988 cria o SUS (Sistema Único de Saúde) e versa sobre suas atribuições, mas o mesmo só é regulamentado a partir da Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990 – A Lei Orgânica da Saúde, que versa sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, além de regular as ações e serviços e de dispor sobre a organização e funcionamento do sistema em todo o território nacional. Essa lei vem ratificar que a saúde é um direito fundamental do brasileiro, e um dever do Estado. E, de forma a corrigir algumas falhas da aprovação do conteúdo desta lei, sobretudo no que diz respeito ao financiamento e controle social, tem-se a Lei 8142/90.

Segundo o artigo 198 da Constituição Federal de 1988, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- Participação da comunidade.

E, segundo o artigo 7º da Lei 8080/90, as ações e serviços (incluindo os privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde) seguem essas diretrizes e obedecem, ainda, uma série de princípios, em que destacamos:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- Participação da comunidade;
- Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, em que estão incluídas: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

Tomando o processo de institucionalização da política de saúde e suas inflexões e a norma constitucional e legal como referência, é possível compreender que a saúde se configura como um tema extremamente complexo e abrangente, em que as diretrizes, princípios e fundamentos do SUS e da Política de Saúde se colocam como elementos indissociáveis e complementares entre si, em um processo dialógico e dialético que abre caminho para infindáveis abordagens. É difícil falar da saúde sem abordar a sua complexidade e ao mesmo tempo é impossível esgotar todas as reflexões sobre o tema.

Nesse sentido, considerando que a perspectiva do presente trabalho é a reafirmação da defesa do SUS constitucional, é preciso apontar que o nosso referencial teórico e conceitual, bem como a delimitação do próprio objeto de análise, se fundamentam necessariamente nas suas próprias diretrizes e princípios. Entretanto, pela complexidade do tema, consideramos necessário realizar algumas delimitações de modo a viabilizar nossa análise.

Já apontamos que a delimitação temporal de nossa pesquisa está compreendida no pós impeachment de 2016. Considerando a centralidade do Estado no que tange à gestão das Políticas Sociais, o Estado está aqui representado pelo governo em âmbito Federal. Quanto a isso, nos cabe resgatar

algumas considerações acerca da diretriz da descentralização, tão importante nos debates sobre a Política de Saúde e que tem intrínseca relação com o pacto federativo inaugurado com a Constituição Federal de 1988. Outra delimitação que será melhor explorada no próximo item está relacionada ao que estamos chamando de “categorias de análises”, que são os elementos da política de saúde que foram destacados como parâmetro para a realização da reflexão sobre a gestão em si.

A proposta do SUS e da Política de Saúde é inovadora no que diz respeito à distribuição de responsabilidades político-administrativas, orçamentárias e distribuição de funções, competências e serviços entre os entes federativos, seguindo a conformação de um pacto federativo inaugurado com a CF/88, (Bravo, 2001).

A descentralização, nessa perspectiva, vai se tornando instrumento adequado para a utilização e distribuição eficiente do orçamento público, sendo reafirmada, pela perspectiva da política social, como meio de reduzir as desigualdades sociais e promover a equidade no acesso aos serviços (Souza, Monnerat e Senna, 2001)

A diretriz da descentralização se realiza no setor saúde se contrapondo ao caráter centralizador predominante até então, e se apresenta como algo extremamente positivo, ao lado da universalização e da participação popular, compondo os pilares básicos da reforma do setor saúde (Souza, Monnerat e Senna, 2001) Também se vincula com as diretrizes de hierarquização e regionalização para a organização dos serviços de saúde enquanto eixo da Gestão SUS (capítulo III, Título "Da Organização, da Direção e da Gestão", no Art. 8º da Lei 8.080/ 90), envolvendo os três gestores no planejamento dos serviços e na formulação das políticas de saúde (Almeida, Aihara e Barros, 2004).

A descentralização é base indispensável para a reestruturação do perfil da oferta dos serviços de saúde e para a garantia do funcionamento do sistema, entretanto, a forma como vem sendo realizada no âmbito do SUS é alvo de críticas.

Embora nos anos 1980 a descentralização tenha sido recorrentemente concebida como transferência das competências e atribuições para os municípios, a partir da chamada crise fiscal do Estado, do projeto político e econômico de viés neoliberal e a Reforma Administrativa do Estado a partir dos anos 1990, o processo de descentralização “assume uma feição desorganizada e fragmentada” (Dutra, 2016, pág. 1) em que programas sociais realizados a partir da desconcentração e da

“prefeiturização” se tornam alvo de barganhas eleitorais e de práticas clientelistas. (Dutra, 2016)<sup>23</sup>

Ao passo que assume o sentido de uma municipalização radical, não tem sido garantido aos municípios condições para gerir essa rede de serviços que, na prática, se constitui como heterogênea e não integrada institucionalmente. Além disso, o corte fundamentalmente municipalizante gerou indefinição das competências e atribuições dos estados, dificultando a constituição de políticas que pudessem responder às desigualdades regionais (Souza, Monnerat e Senna, 2001).

Outra questão que se aponta é que a descentralização com ênfase no âmbito local, mais do que garantir universalidade e integralidade no acesso e espaço para participação e controle social, objetivos originais da proposta, vem aprofundando as raízes do nepotismo, do neopatriotismo e das barganhas políticas.

A descentralização, e com ela a intersectorialidade, não vem correspondendo à proposição do movimento de reforma sanitária, pois tem mais estratificado os atendimentos do que proporcionado atendimento hierarquizado à disposição e em consonância com os critérios de regionalização e numa racionalidade que alie os níveis de baixa, média e alta complexidade.<sup>24</sup>

A descentralização coloca o âmbito local, municipal e regional como esfera central e estratégica do processo de implantação, gestão e execução dos serviços e do sistema de saúde pela proximidade com as questões de saúde da população, o que se faz necessário em virtude das disparidades e desigualdades regionais em um

país de tamanho continental como é o Brasil. O que nos cabe apontar é que, apesar disso, a diretriz de descentralização, ainda que se efetivasse dentro da proposta original, não isenta o poder central de atribuições e responsabilidades específicas.

---

<sup>23</sup> Dentro de um enfoque neoliberal, “a descentralização significa a reprivatização e desregulamentação” (pág. 51). Já em um enfoque democrático a descentralização político-administrativa seria um “meio de operar transformações socioeconômicas, de promover a socialização dos grupos mais excluídos, da ampliação de direitos, da autonomia e revalorização dos poderes locais, da participação cotidiana dos cidadãos na gestão pública e de redistribuição e uso mais eficiente dos recursos públicos, incorporando na lógica da gestão os setores excluídos.” (DUTRA, 2016, pág. 51)

<sup>24</sup> Dutra (2016) realiza um importante balanço sobre descentralização e acumulação de capital ao identificar que a descentralização com profunda municipalização tem relação com processos de privatização que, convergem inteiramente no sentido da acumulação de capital com ênfase nas questões de territorialidade.

Portanto, pensando a gestão do SUS, e considerando a nossa escolha pela análise de gestão à nível federal, não podemos deixar de apontar que seu gestor é o Ministério da Saúde, componente partícipe do núcleo estratégico do aparelho do Estado (Brito e Garcia, 2004).

A Lei 8080/90, em seu Art. 9º, ao tratar da direção do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando-a única em cada esfera de governo, refere que ela será exercida no âmbito da União pelo Ministério da Saúde, e segundo o Artigo 16, à direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete, entre outras coisas formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; participar na formulação e na implementação das políticas; definir e coordenar os sistemas; questões relativas à vigilância sanitária e epidemiológica, meio ambiente, condições de trabalho e saúde do trabalhador, qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano, articulação com órgãos educacionais e de formação em saúde, prestação de cooperação técnica e financeira para Estados e Municípios; promover a descentralização, regular a relação entre o SUS serviços privados contratados, elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, etc.

No processo de Gestão, o Ministério da Saúde tem o compromisso de seguir alguns caminhos importantes, quais sejam: Reforçar a tomada de decisões sobre temas importantes em espaços institucionais coletivos; identificar problemas estratégicos de gestão ou de atenção, visando modos inovadores de atuação e intervenção; Ampliar a capacidade de apoio aos municípios e estados, trabalhadores e usuários, envolvendo-os na identificação de problemas e elaboração de projetos; Como forma de potencializar e racionalizar os recursos e seu papel de coordenador e definidor de políticas deve promover mudanças na gestão interna do Ministério da Saúde e de seus órgãos; e adotar critérios de eficácia enquanto capacidade de gerar saúde e evitar danos; critérios de eficiência enquanto racionalidade gerencial, responsabilização inequívoca, definição de quem se encarrega do quê, abordagem integral dos problemas de saúde, nos direitos dos usuários e na gestão participativa.(Brito e Garcia, 2004).

Dito isso, reafirmamos que nossa pesquisa tem como referencial as diretrizes e princípios do SUS, cuja diretriz da descentralização nos auxilia na delimitação do objeto de análise quanto à definição do âmbito Federal.



Quanto aos demais aspectos da pesquisa em questão cabe apontar que, tendo identificado a complexidade da Política de Saúde e, portanto, a impossibilidade de uma análise que contemple todos os fundamentos do SUS, consideramos necessário destacar alguns pontos específicos dessa política sobre os quais nos debruçaremos. Sendo assim, reservamos um item exclusivamente para apresentar quais serão as categorias de análise, definidas a partir dos princípios e diretrizes do próprio sus, que utilizares a análise da gestão da saúde proposta.

### 3.1.1 Definindo categorias para análise segundo os princípios do SUS: conceito de saúde; controle social; relação público-privado; e modelos de atenção

Nosso referencial sobre o tema saúde está pautado nas concepções postas pelo movimento da Reforma Sanitária e institucionalizadas na Constituição Federal de 1988 e nos demais aparatos legais, por compreender que essa proposta de Política de Saúde representa a possibilidade mínima de reprodução social dos indivíduos no âmbito da sociedade de classes e que tem relação com um projeto societário emancipador.

Portanto, o processo de análise que nos propomos realizar sobre a gestão no pós golpe de 2016, tendo como base os instrumentos governamentais de gestão, tem como horizonte a perspectiva de defesa da Política de Saúde e do SUS constitucional e os direcionamentos postos e propostos pelo movimento da Reforma Sanitária. Nesse sentido e considerando essa perspectiva, é importante esclarecer que o próximo capítulo busca dar conta da análise em si, e também busca delinear os aspectos teórico-metodológicos que envolvem o processo de gestão em saúde (que ajudam a explicar, também, a escolha do objeto da pesquisa e sua relação com nossos pressupostos teóricos). Entretanto, do ponto de vista conceitual, que permite estabelecer os parâmetros para a análise, há alguns apontamentos que precisamos realizar por ora. O primeiro diz respeito à escolha pela análise da gestão governamental à nível Federal, cujas atribuições e o seu sentido no contexto da regionalização e da descentralização político-administrativa já abordamos.

Para que não restem dúvidas, nosso objetivo é refletir, portanto, sobre a gestão e os direcionamentos do Estado/Governo Federal sobre os rumos da Política

de Saúde tendo como base as informações contidas nos instrumentos governamentais de gestão do SUS, que tem por premissa imprimir à política pública as intenções políticas, sociais e econômicas do governo/Estado no período de vigência deste. Com isso, faz-se referência à chamada “distinção wilsoniana” presente na administração pública, tratada na primeira parte desse trabalho, no item 1.2 (capítulo 1) na qual a política é responsável pela elaboração de objetivos e a administração pública responsável por transformar as decisões em ações concretas e também tem relação com a separação entre planejamento e execução, tratando-se de características típicas da burocracia (Leonardo Secchi, 2009)

Entretanto, reconhecendo que o setor saúde é repleto de um conjunto extremamente complexo de fatores que constituem os pilares básicos da reforma e da estrutura do setor, foi preciso delimitar alguns pontos específicos para análise que, para fins de melhor exposição, chamaremos aqui de “categorias de análise”.

As categorias destacadas não são necessariamente as mais importantes, mas são, junto a diversas outras que acabam aparecendo em virtude da indissociabilidade das diretrizes e princípios do próprio SUS, pertinentes ao debate contemporâneo sobre saúde.

Não pretendemos aprofundar o debate acerca dessas categorias, apenas expor brevemente a perspectiva que elas assumem dentro da proposta do SUS, de modo a tornar possível refletir criticamente sobre a forma como o Estado/governo as incorpora nos instrumentos de gestão/planejamento do governo e do SUS do período em análise, na vigência do Governo Temer, no pós Golpe de 2016.

A primeira categoria destacada foi o “conceito de saúde”, definida levando em consideração a sua relevância do ponto de vista de uma nova forma de conceber a saúde, a partir de diversos condicionantes, sendo uma proposta colocada pelas lutas em torno do tema saúde e do movimento da Reforma Sanitária. Invariavelmente, questões como a integralidade, a universalidade e outras diretrizes do SUS se atrelam a essa categoria.

Com relação ao conceito de saúde, a Constituição Federal de 1988 e as Leis orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), como fruto do intenso debate realizado em torno do tema saúde no contexto da sociedade brasileira e pelo movimento de reforma sanitária, estabelecem que a saúde tem como determinantes um conjunto complexo de fatores como a moradia, a alimentação, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens

e serviços essenciais; Ou seja, o conceito de saúde é ampliado, não se restringindo à ausência de doenças, envolve promoção, proteção e recuperação da saúde em sentido amplo. Dizem respeito também à saúde as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (Lei 8080/90)

Indo além, segundo Dutra (2016), a saúde deve ser entendida:

“Como produto das condições objetivas de existência e como sendo determinada pelas relações sociais capitalistas (saúde determinada pela economia, pela política e pela sociedade) que remete à discussão da estrutura de classes e à posição de cada um nessa estrutura; uma dimensão mais ampla de saúde que inclui a assistência à saúde dos indivíduos e seu conjunto de problemas de saúde, mas que significa compreender como e quando as relações de produção e organização do tecido social em uma transformação social concreta contribuem para o usufruto da riqueza nacional em benefício da qualidade e extensão da vida...”(Dutra, 2016, pág. 64)

Nesse sentido, compreende-se que os níveis de saúde não dizem respeito apenas ao acesso que se tem aos serviços, ações, estabelecimentos e estratégias, mas tem a ver com as condições de vida e de adoecimento. As diferenças sociais provocadas pelas relações sociais contraditórias e capitalistas definem não só qual classe será subjugada no contexto precário do atendimento em saúde, mas qual classe vai adoecer mais. Os tipos de doenças, as formas de adoecimento, o padrão do agravamento, etc., devem ser vistos no campo da análise da saúde como algo que tem como transversal o recorte de classe. A dinâmica das contradições de classe não está presente só no campo da disputa política e econômica da saúde, mas está também nos processos de adoecimento e cuidado, provenientes diretamente da inserção dos indivíduos nas estratificações de classe, no âmbito do trabalho, das condições de vida, dos fatores de renda, alimentação, educação, cultura, lazer, sociabilidade, etc. A questão do recorte de classe atravessa a saúde. Nesse sentido, o acirramento das contradições de classe, tem peso extremamente relevante no agravo das condições de vida, saúde, adoecimento, acesso a serviços e nas condições de reprodução social.

Por esse motivo, a categoria “conceito de saúde” em sua versão ampliada de acordo com o contexto do SUS, demanda que a política de saúde e a saúde como um todo seja analisada em sua relação com o contexto social em que se insere.

A segunda categoria de análise que definimos diz respeito ao “controle social”, destacado em função da extrema relevância, do ponto de vista do contexto democrático, do avanço sobre o tema da participação no contexto da gestão das políticas públicas, também proveniente dos movimentos de luta que precederam o seu reconhecimento legal através da CF/88.

Quanto a essa categoria, é importante não só apontar a forma como ela se encontra posta na legislação do SUS e a sua importância do ponto de vista da qualidade dos serviços e atendimento das demandas postas, mas trazer reflexões que permitam identificar a sua relação com as possibilidades de aprofundamento da dimensão universalista do Estado e na possibilidade de pressão popular na garantia do direito fundamental à vida.

Maria Inês Bravo concebe a participação como:

“A gestão nas políticas através do planejamento e fiscalização pela sociedade civil organizada. Ou seja, a interferência política das entidades da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pela elaboração e gestão das políticas públicas nas áreas sociais. Os conselhos de Políticas Sociais e de Direitos, entre eles os de saúde, são inovações em nível da gestão das políticas sociais que procuram estabelecer novas bases de relação Estado-Sociedade Civil.” (BRAVO, 2001, pág. 45)

Quanto ao conceito de “controle social” a autora refere que existem vários, porém, o utiliza com base no sentido atribuído a ele a partir da CF/88, que tem como marco o processo de redemocratização e aprofundamento do debate sobre democracia, saúde e Reforma Sanitária, como “participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais.” (BRAVO, 2001, pág. 45)

Vânia Dutra (2016) afirma que as políticas sociais, apesar de serem financiadas pelo Estado, não devem ser geridas apenas pela burocracia estatal, ou de cima para baixo, mas também pelos setores da sociedade civil, posto que esta é a esfera da auto-organização, da representação dos interesses e que se torna mais complexa e rica na medida que se torna crescente a socialização da participação política. A autora afirma que “a gestão de políticas sociais é um processo de negociação onde se deve priorizar o controle social e a participação popular”. (Dutra, 2016, pág. 8)

Considerando a preocupação central de assegurar que o Estado atue em função da sociedade, sendo responsável pelas políticas sociais e, entre elas, a de saúde, Bravo (2001) pontua que o controle social na saúde é um direito conquistado, constitucionalmente afirmado a partir do princípio da “participação popular” (Capítulo da saúde na CF/88) sendo regulamentado juridicamente a partir da Lei 8142/90 que foi criada para dar conta disso, já que a lei 8080/90 não incorporou as demandas dos movimentos sociais pelo controle social. Essas duas leis juntas, formam a Lei Orgânica da Saúde. Na Lei 8142/90 é onde se dá efetivamente o detalhamento de como se dará o exercício do controle social na saúde, garantindo-a em duas instâncias formais: o conselho de saúde e a conferência de saúde.

Estes são espaços envoltos em tensão, contradições e disputa de diferentes interesses. Trás a ideia do controle social exercido pela sociedade através da presença e da ação organizada de diversos segmentos. Devem ser vistos como espaço de contradição e que convida à construção de uma cultura pautada em uma democracia participativa, e não como espaço de consenso ou pactuação entre Estado e sociedade civil, nem mesmo de regulamentação dos conflitos. (Bravo, 2001)

Dutra (2016) afirma que os conselhos de políticas sociais são espaços essenciais no processo de gestão da política social, e a tirar pelas diversas definições que se tem sobre os conselhos e seus espaços, ela aponta que a

“Trajetória dos conselhos no Brasil fortaleceu o processo de institucionalização da participação sóciopolítica e ao mesmo tempo reproduziu as lutas sociais existentes na sociedade de classes que vivemos... Nesse sentido, o funcionamento dos conselhos como espaço público de representação supõe a existência de canais, entre eles, as organizações sociais e a população em geral, de forma que os interesses aí representados expressem, de fato, os interesses dos segmentos sociais.” (DUTRA, 2016, pág. 43)

Para a autora: “O processo de participação popular e controle social na democracia estão determinados por concepções, propostas e projetos conforme o âmbito de tensões entre a democracia deliberativa e a democracia representativa” (DUTRA, 2016, pág. 45)

Em tese, a democracia deliberativa tem como fundamento o fato de que o exercício do poder não seria feito por poucos em nome de muitos, mas pelo contrário. Os conselhos permitiriam imprimir as marcas das grandes majorias nos

processos de tomada de decisões e adensar a luta contra-hegemônica. Nessa concepção de controle social e de democracia radical “não basta apenas adotar prioridades sociais: é preciso que o modo de implementar essas prioridades também corresponda aos interesses populares.” (Dutra, 2016)

A participação popular, nesse sentido, é considerada um princípio democrático, não uma retórica, tampouco favor. E assim entendida, a participação popular supera a dicotomia entre sociedade civil/Estado e supõe a possibilidade de criação, transformação e controle sobre os poderes.

Para Dutra (2016) a gestão pública estatal com participação da sociedade civil organizada para formular e controlar as políticas sociais representa uma nova institucionalidade na relação Estado e sociedade, onde grupos de interesses diversos passam a participar do planejamento, formulação e avaliação das políticas sociais.

“Entretanto, o fato de as decisões dos conselhos terem caráter deliberativo não garante sua implementação efetiva, pois não há estruturas jurídicas que deem amparo legal e obriguem o executivo a acatar as decisões dos conselhos; além de permanecerem no interior de alguns conselhos as práticas clientelistas.” (DUTRA, 2016, pág. 50).

É importante conceber o controle social não só como uma luta legal por direitos, mas como a possibilidade de inserção dos usuários na elaboração política, já que estes são os principais interessados. (BRAVO,2001)

Assim, consideramos o controle social parte ineliminável do processo de gestão de políticas sociais, e mais do que isso, o controle social democrático e participativo corresponde, em alguma medida, ao entendimento de que, se há alguma possibilidade de aprofundamento dos direitos da classe trabalhadora no capitalismo ele é diretamente proporcional ao grau de atravessamento dessa classe no seio do Estado e nas lutas que trava nesse contexto.

Quanto à isso, há de se ressaltar que a luta pela manutenção do caráter universalizante das políticas sociais públicas, em especial a seguridade social, dentro da qual está a saúde, torna indispensável a ampliação progressiva da esfera pública, onde refratam interesses sociais distintos que ultrapassam a lógica privatista no trato do social em favor dos interesses da coletividade. (Dutra, 2016)

Estamos partindo do princípio de que o controle social é transversal ao debate sobre gestão na saúde, e que nas instâncias de controle social acontece o embate direto entre os diferentes projetos de saúde e, conseqüentemente, de classe.

É importante falar do controle social, e dentro disso os conselhos e outros espaços de participação, realizando um retrospecto sobre as reflexões que realizamos no capítulo 1 deste trabalho sobre o Estado capitalista e sua dimensão contraditória, o Estado e as Políticas Sociais como arenas de conflitos e de luta de classe e, sobretudo, sobre o fato de que a única forma de ampliar a dimensão universalista do Estado (ou seja, aquela que atenda minimamente demandas das classes não dominadas, ainda que sua dinâmica seja voltada à dominação de classe) está diretamente relacionada ao poder de pressão e tensionamento dessas classes sobre o Estado. Assim, evidencia-se que o controle social, na perspectiva democrática, sinaliza a realização dessa possibilidade.

Nesse sentido, é importante reconhecer que os rumos desfavoráveis à política de saúde tem muita relação com a própria fragilidade das classes trabalhadoras e a amortização das possibilidades de pressão e organização da sociedade civil sobre as estruturas de poder e de dominação, que, de contrapartida, estão na relação direta dos processos de adensamento do controle e expansão do capital. Portanto, refletir sobre a política de saúde requer transcender a análise da política e alcançar determinações mais complexas sobre a conjuntura e sobre o contexto da dinâmica das lutas, do Estado e da expansão do capital. Posto que a contradição fundamental está posta na divisão de classes, e essa contradição cimenta o terreno onde se erguem as dimensões da vida social e política, inclusive as do campo da saúde.

A conjuntura social, econômica e política de um país diz muito sobre as possibilidades de tensionamento e de pressão das classes trabalhadoras sobre o Estado e, conseqüentemente, no direcionamento das Políticas Sociais. Hoje, com relação ao SUS, identifica-se que, após 30 anos de sua existência, uma das lutas mais latentes tem sido travada em prol da garantia da manutenção da sua própria existência.

A categoria controle social, bem como a anteriormente destacada, conceito de saúde, nos leva à necessidade de conversar e de relacionar o campo da saúde com a conjuntura em que ela está inserida, não podendo estar restrita à uma análise autoreferenciada, tampouco descolada do contexto das contradições de classe, o que nos permite reafirmar que a sua gestão não se restringe à aspectos

instrumentais e que as finalidades estão para muito além daquelas que estão postas na aparência.

Na sequência, destacamos a categoria de análise que estamos chamando “relação público-privado” que foi pensada tendo em vista o fato da Política de Saúde, segundo a Constituição Federal de 1988, passar a ser considerada uma política pública, direito de todos e dever do Estado, portanto pública, gratuita e universal, mas tendo, contraditoriamente, amparo constitucional para a inserção da iniciativa privada. Dentro dessa mesma vertente, considerando que o SUS é palco de disputas entre diferentes projetos, também objetivamos analisar a gestão da saúde a partir dos instrumentos de gestão governamentais tendo como uma das categorias de análises os “modelos de atenção”.

No que se refere à relação público-privado é preciso apontar que, apesar do amparo jurídico-legal afirmar que a saúde passa a ser dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF/88), a própria Constituição abre precedentes para o estreitamento da relação entre o setor público e o privado e a inserção da iniciativa privada no contexto da oferta de serviços em saúde.

Por exemplo, a Constituição prevê que a assistência à saúde é de livre desempenho para o setor privado, e, embora vete a destinação de recursos públicos às instituições privadas, prevê que essas instituições podem participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde. Apesar da sutileza, tal condição abriu espaço para a inversão dessa lógica de complementaridade como se tem visto atualmente quanto à diversificação de oferta de serviços privados e parcerias público-privadas.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) apresenta no Título II, Capítulo I, a partir do artigo 20, algumas determinações no que diz respeito à iniciativa privada, afirmando que esse tipo de assistência é livre, mas que só deverá ocorrer quando as disponibilidades do SUS (Sistema Único de Saúde) forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área.

Além da legislação possuir brechas que abrem precedente para um progressivo processo de privatização, fica evidente que o Estado, no processo da construção da Constituição, não se comprometeu e nem pactuou integralmente com o processo do fortalecimento do SUS a longo prazo, uma vez que sinaliza que não



necessariamente arcará com a correção das falhas desse sistema de saúde, prevendo, de antemão, que estas falhas/lacunas poderão ser liquidadas/preenchidas pela iniciativa privada.

É importante pontuar que a vinculação da saúde e do SUS com o setor privado impõe barreiras ao cumprimento das próprias diretrizes e princípios do SUS, como por exemplo, a afirmação do conceito amplo de saúde, no sentido em que a iniciativa privada não transcende ações pontuais, fragmentadas e descoladas dos determinantes sociais e econômicos da saúde em sentido amplo e do ponto de vista da saúde coletiva; impacta na possibilidade de acesso a serviços pautados nos critérios de hierarquização, regionalização e integralidade; e também, rompe com as possibilidades de controle social no setor. Além, é claro, de eximir a responsabilidade do setor público e de possibilitar a utilização de recursos públicos para remuneração dos serviços privados, entre outros fatores. Destaca-se, ainda, que o setor saúde tornou-se altamente lucrativo, uma possibilidade de acumulação para o capital privado.

É partindo do mesmo pressuposto da relação que a Constituição estabelece entre a oferta de serviços de saúde e a iniciativa privada em seu artigo 199 (A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.), enquanto pressuposto do processo de expansão do capital via política de saúde, que pensamos ser importante abordar a categoria de análise definida como “modelos de atenção”.

No que se refere à esta categoria é preciso apontar que a compreensão do termo ‘atenção à saúde’ remete a pensar tanto sobre os processos históricos, políticos e culturais que expressam disputas por projetos no campo da saúde quanto à própria concepção de saúde (Matta, Morosini, 2009), em um processo que envolve os diferentes interesses de classe e o desenvolvimento do próprio sistema de saúde (Fertonani, Pires, Biff e Scherer, 2015).

Matta e Morosini (2009) afirmam que historicamente, a política de saúde no Brasil tem sido marcada pela histórica cisão entre iniciativas de caráter individual e curativo e as iniciativas de caráter coletivo e massivo, particulares à saúde pública. Alguns modelos de atenção em saúde no Brasil foram constituídos e devem ser compreendidos na sua relação com as condições socioeconômicas e políticas produzidas nos diversos períodos históricos de organização da sociedade brasileira,

como por exemplo: o modelo biomédico<sup>25</sup>; o modelo preventista<sup>26</sup>; o campanhista<sup>27</sup>; modelo previdenciário-privatista<sup>28</sup>.

Contudo, ao final da década de 1970, com o fortalecimento do Movimento da Reforma Sanitária, evidenciou-se a luta por um modelo de atenção pautado na saúde como um direito de todos e dever do Estado, cujo movimento, que se desdobra na consolidação do SUS, pauta uma noção de atenção em saúde voltada à tentativa de produzir uma síntese que expresse a própria complexidade e extensão da concepção ampliada de saúde, em que se busca conceber e organizar as políticas e as ações de saúde em uma perspectiva interdisciplinar, partindo da crítica em relação aos modelos excludentes.

Assim, os princípios do SUS passaram a ser o eixo de orientação para as práticas assistenciais, contemplando o acesso universal e igualitário, a regionalização, a hierarquização e a descentralização dos serviços de saúde, o atendimento na perspectiva da integralidade e a participação popular (Fertonani, Pires, Biff e Scherer, 2015).

No âmbito do SUS, há três princípios fundamentais a serem considerados em relação à organização da 'atenção à saúde': o princípio da universalidade, pelo qual o SUS deve garantir o atendimento de toda a população brasileira; o princípio da integralidade, pelo qual a assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos; e o princípio da equidade, pelo qual esse atendimento deve ser garantido de forma igualitária, porém, contemplando a multiplicidade e a desigualdade das condições sócio-sanitárias da população." (Matta, Morosini, 2009).

---

<sup>25</sup> Estruturado durante o século XIX, e que associa doença à lesão, reduz o processo saúde-doença à sua dimensão anatomofisiológica, e deslocado das dimensões histórico-sociais, e localizando suas principais estratégias de intervenção no corpo doente. (Matta, Morosini, 2009)

<sup>26</sup> A partir do final do século XIX, dava destaque a um saber epidemiológico e sanitário, visando à organização e higienização dos espaços humanos. (Matta, Morosini, 2009)

<sup>27</sup> Predominou até o início da década de 1960, baseado em campanhas sanitárias de combate à epidemias e desinfecção de espaços públicos, medicalização do espaço urbano, influenciado por interesses agroexportadores no início do século XX. (Matta, Morosini, 2009)

<sup>28</sup> Iniciado na década de 1920 sob influência da medicina liberal, oferecia assistência médico-hospitalar à trabalhadores urbanos na forma de seguro-saúde/previdência. Maior expressão histórica no setor saúde brasileiro da concepção médico-curativa, caracterizado pelo mecanicismo do processo saúde-doença, reducionismo da causalidade aos fatores biológicos e pelo foco da atenção sobre a doença e o indivíduo. (Matta, Morosini, 2009)

Entretanto, a política de saúde no Brasil seguiu, nos anos 80, uma trajetória paradoxal: de um lado, a concepção universalizante, de outro, obedecendo às tendências estruturais organizadas pelo projeto neoliberal, concretizaram-se práticas caracterizadas pela exclusão social e redução de verbas públicas. Em função dos baixos investimentos em saúde e conseqüente queda da qualidade dos serviços, ocorreu uma progressiva migração dos setores médios para os planos e seguros privados”<sup>29</sup>.

Assim, Atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população exclusivamente e não a outras necessidades. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde(SUS). (Matta, Morosini, 2009).

Com base no que foi dito, consideramos importante destacar que o modelo de saúde se pauta na própria lógica e na concepção de saúde que rege a oferta dos serviços e o direcionamento do setor. Assim, se a concepção de saúde que nos guia é aquela contida na Constituição Federal, fruto das orientações do movimento de Reforma Sanitária, é preciso pensar que o modelo de atenção que corroboramos e tomamos como referência é igualmente aquele que parte das considerações do mesmo movimento e encontra na legislação do SUS a sua sustentação.

É importante destacar que os setores público e privado apresentam modelos de saúde diferentes, em que o primeiro se guia pelo modelo universalista, e o segundo, pelo modelo assistencialista, e isso não se deve a simples diferença da natureza jurídica de ambos, mas às diferenças ético-políticas e conceituais, portanto é inadmissível pensar na equivalência de um modelo de atenção entre os dois setores já que os dois se guiam por objetivos e finalidades extremamente contrárias e inegociáveis. Portanto, quando se flexibiliza o conceito de saúde e o modelo de atenção no âmbito das ações públicas de saúde, de tal modo que esse sistema se assemelha ao modelo predominante no setor privado, tanto deixa um lastro de iniquidades por não cumprir seu objetivo de fato (sua finalidade, sua dimensão ético-política), quanto naturaliza a possibilidade da manutenção de um sistema não

---

<sup>29</sup> [http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Saude\\_Suplementar\\_e\\_ModelosAssistenciais.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Saude_Suplementar_e_ModelosAssistenciais.pdf)

universal, a desresponsabilização do Estado e o fortalecimento de narrativas que favorecem o próprio setor privado.

Nesse sentido, nossa perspectiva se direciona no sentido da defesa de uma concepção específica de saúde e de um modelo específico de saúde que só são possíveis no âmbito público estatal. Bem como reconhecemos que, somente nessa esfera, existe possibilidade de intervenção e participação popular nos seus rumos.

As consequências práticas dessa flexibilização e da inversão do conceito de saúde são muito complexas, porque, sob o argumento de melhoria da atenção e de desoneração do Estado (associado ao discurso da melhora da eficiência e da qualidade), aumenta-se as contradições de classes em dois sentidos: primeiro porque restringe-se a possibilidade de universalização do Estado, no tocante à sua abrangência de atendimento às reais necessidades da classe trabalhadora, gerando uma piora da qualidade de vida e saúde; e segundo, por que se configura como mediação para o processo de expansão do capital, o que, por consequência, enfraquece a classe trabalhadora no contexto das disputas de classe.

É importante realizar essas reflexões porque, no percurso do desmonte pelo qual passam as políticas sociais, cujas tendências da Política de Saúde se equivalem ao contexto de desmonte e de contrarreforma, evidencia-se no campo das disputas em torno da saúde (que não deixam de ser disputas de classes), proposições acerca de “novos modelos de saúde e de gestão”, alguns dos quais, tem como horizonte uma perspectiva de progressiva substituição do próprio SUS por outras propostas de atenção, como “Planos de Saúde Populares”, proposta apresentada no governo de Temer, pelo Ministro Ricardo Barros.

Bravo e Menezes (2011) sinalizam que, desde antes da institucionalização do SUS a saúde já era alvo de disputa entre a lógica privatista e a lógica da oferta de serviços públicos e gratuitos. Essa disputa não só permanece, apesar da norma constitucional e dos parâmetros legais que afirmam a saúde como direito de todos e dever do Estado, como se acirram no pós anos 1990 com a contrarreforma do Estado, o advento da política de ajuste neoliberal e o progressivo desmonte das instituições e serviços de saúde, tendo como pano de fundo a questão orçamentária e de financiamento, chegando ao período de Temer com direcionamentos bastante avessos à proposta original do SUS constitucional e sinalizando possibilidades reais de uma nova lógica para o setor saúde, da qual somos críticos e que nos mobiliza a

realizar análises, reflexões e apontamentos sobre a política de saúde como as que se desdobram no presente trabalho.

Esse é um ponto de discussão que merece maior atenção e, portanto, será aprofundado no próximo item que versa sobre a contrarreforma no setor saúde e no seguinte que versará sobre a conjuntura e a saúde no Governo Temer.

Por ora, o que cabe sinalizar, é que a possibilidade de relação entre público-privado” e a tendência à mercadorização da saúde tem relação com um dos pontos em que a Constituição Federal de 1988 se mostrou aberta aos ajustes do capital. Ou seja, a possibilidade constitucional de relacionar a saúde com o capital é, se não a maior, umas das grandes lacunas que ela deixou como legado para o setor saúde.

O que está em questão quando discutimos essas duas categorias - “relação público-privado” e “modelos de atenção” - é o embate direto entre as classes, materializadas nas figuras dos diferentes projetos de saúde. É preciso reconhecer que a luta no campo da saúde é expressão da luta de classes. O que está em questão é a primazia do papel do Estado no que diz respeito às demandas e necessidades de reprodução social da classe trabalhadora, portanto, a sua dimensão universalista; o que está em questão é a forma como, se eximindo o Estado dessa responsabilidade, se permite e estimula o processo de reprodução do capital e, por consequência, o aprofundamento das expressões da questão social

Assim, de forma resumida, as categorias de análise destacadas, sem eximir a discussão das demais categorias que necessariamente se relacionam a elas em virtude da complementaridade, estão todas relacionadas à discussões que travamos no primeiro capítulo desse trabalho, que se relacionam diretamente com a função da gestão e do Estado no capitalismo, as lutas de classe e seu poder de tensionamento sobre a dimensão universalista do Estado, e a relação da expansão e acumulação do capital via Políticas Sociais com a mediação da gestão estatal. As categorias de análise são, portanto: conceito ampliado de saúde, controle social/participação, relação público-privado e modelos de atenção.

### 3.2 A Contrarreforma da Política de Saúde no Brasil: a Saúde no pós anos 1990

De acordo com o que sinalizamos no item anterior, o setor saúde, desde a sua institucionalização vem passando por um processo progressivo de contrarreforma e desmonte que acirra as disputas entre diferentes projetos de saúde, os quais estão vinculados a diferentes projetos societários e corroboram ou com a ampliação da dimensão universalista do Estado ou com as perspectivas de acumulação capitalista. Tal processo de contrarreforma se estabelece em consonância com as transformações sociais, da política, dos processos de produção, do papel do Estado no âmbito da reprodução social e da própria estrutura administrativa que materializa as Políticas Sociais, complexidade demanda maior aprofundamento.

Apesar das conquistas da década de 1980, desde o processo de redemocratização até a confirmação constitucional da conquista de direitos sociais em torno de uma Reforma Sanitária e da consolidação de um sistema Único de Saúde, embasadas em lutas e processos reivindicatórios, o contexto econômico da década de 1980 também demarca o aprofundamento de uma nova crise do capital (Bravo, 2000), que veio a ser utilizada como uma das justificativas para o reordenamento do modelo administrativo do Estado Brasileiro na década de 1990, que se desdobra numa nova relação entre o Estado, sociedade civil, a prestação de serviços e políticas sociais, como já apontamos. Portanto, “os anos de 1990 até os dias de hoje têm sido de contrarreforma do Estado e de obstaculização e/ou redirecionamento das conquistas de 1988.”(Behring e Boschetti, 2007, p. 147).

A década de 1990 trouxe um novo cenário econômico, político e social para o debate sobre Políticas Sociais no Brasil, no contexto do advento do neoliberalismo e da Contrarreforma do Estado Brasileiro, em que seu padrão de regulação social restringe o atendimento às pontuais demandas e necessidades e lhe imputa residuais responsabilidades frente às expressões da chamada “questão social”, ocasionando o desmantelamento das recém-formuladas Políticas de Seguridade Social.

Segundo Bravo (2000), a proposta da política de saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída, passando a ficar vinculada ao mercado e com

parcerias com a sociedade civil, além da questão da refilantropização. No que diz respeito ao SUS (Sistema Único de Saúde), na década de 1990 verifica-se um discurso no sentido da adesão ao projeto, no entanto, na realidade, o que ocorre é um descumprimento dos princípios constitucionais e omissão do Governo Federal no sentido da regulamentação e fiscalização das ações em saúde em geral.

Bravo (2000) aponta que na década de 1990 há tensão entre dois projetos de saúde. O primeiro ligado à Reforma Sanitária, que constitui fruto das lutas e reivindicações na década de 1980, e sua preocupação principal é assegurar que o Estado seja um Estado democrático e de direitos, atuando em função da sociedade, responsável pelas políticas sociais, onde se inclui a política de saúde.

O Projeto da Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos 1970, com base nas lutas populares e sindicais pelo direito à saúde e nos posicionamentos críticos às limitações do modelo médico assistencial previdenciário, vigente no Brasil até o advento do SUS, por parte das universidades e entidades que congregavam o pensamento sanitário brasileiro (Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES)). Foi influenciado, entre outros, pelo Movimento da Reforma Sanitária Italiana, e pelo novo pensamento em saúde latino americano, que, por essa época, discutia e formulava um novo referencial para a explicação do processo saúde-doença, o modelo da determinação social. Para o mesmo, a saúde possui um caráter universal, configurando-se como direito social, a ser garantido por políticas públicas intersetoriais e ações em saúde com qualidade, respondendo a todas as necessidades da população, executadas, primordialmente, pelo próprio Estado (BRAVO, 1996, pág. 09)

E, o segundo diz respeito ao projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, pautado em uma política que tem como principais tendências a contenção de gastos e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central, e onde o Estado atua no sentido de garantir apenas o mínimo àqueles que não podem pagar. (BRAVO, 2000). Dessa forma:

O Projeto Privatista, que adquire robustez no período da ditadura civil militar iniciada em 1964, tem sua lógica orientada pelas regras de mercado e fundamentada na exploração da doença como sua principal fonte de lucros. Representando os interesses do setor privado nacional na área de saúde, possui fortes vínculos com o capital internacional, através de sua relação com o complexo financeiro industrial médico, hospitalar, farmacêutico e de insumos. Além da exploração da população que faz uso de serviços através da compra direta de consultas, procedimentos e exames, ou utilização de planos e convênios privados, a partir da década de 1990 passa a atuar também na execução de ações de saúde, substituindo o Estado no provimento de serviços através dos chamados “Novos Modelos de Gestão” (Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Parcerias Público-privadas e Empresa Brasileira de Serviços

Hospitalares, entre outros) que, associado a subvenções e isenções fiscais, avança sob o fundo público como uma nova forma de garantia de acumulação de capital (BRAVO; MATOS, 2004). (BRAVO, 1996, pág. 10)

Nas décadas posteriores, a política de saúde não esteve isenta da dinâmica de financerização das políticas sociais e seus rebatimentos, conforme exposto na primeira parte deste trabalho, com a particularidade de tratar-se de um tipo de serviço potencialmente lucrativo.

Considerando que no pós contrarreforma do Estado a administração pública gerencial estabelece novos padrões de relação entre Estado, serviços, mercado e sociedade que abre precedente para a vinculação cada vez mais profunda das políticas sociais à perspectivas de mercado, a política de saúde tem sido vinculada de forma cada vez mais marcante a estratégias privatizadoras.

Nos anos 2000, especificamente no ano de 2002, Luis Inácio Lula da Silva foi eleito Presidente do Brasil, com expectativas inicialmente baseadas em propostas pautadas numa democracia social e um projeto político que apontava para compromissos com a soberania nacional, a eliminação da exclusão social e a desigualdade social, o desenvolvimento interno, o compromisso com a sustentabilidade ecológica e com a democracia ampliada. (Dutra, 2016)

Entretanto, após o início do segundo mandato, que aconteceu em 2006, já era possível identificar diversas similaridades do seu governo com as propostas neoliberais, como por exemplo, a manutenção do desenvolvimento desigual e heteronômico do capitalismo brasileiro, favorável ao capital financeiro e concentração de riquezas. (Dutra, 2016).

No que diz respeito à política de saúde no primeiro governo de Lula, segundo Bravo e Menezes (2011), o discurso ia no sentido de trata-la como direito fundamental, de garantir acesso universal, equânime e integral aos serviços de saúde. No entanto, na realidade, se nota algumas ações de fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária<sup>30</sup> mas também de aprofundamento do desmonte e de continuidade da Política de Saúde da década de 1990. Nesse sentido:

---

<sup>30</sup> O fortalecimento do projeto da Reforma Sanitária neste governo se expressa no retorno da concepção de reforma sanitária; nova estrutura organizativa do Ministério da Saúde; da convocação da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003; escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores para secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde. (BRAVO E MENEZES, 2011).



Como aspectos de continuidade da política de saúde dos anos 90, ressalta-se no atual governo ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social. (BRAVO, 2006, p. 18)

Segundo as observações de Bravo e Menezes (2011), neste período, a política de saúde sofreu impactos da política macroeconômica. Questões centrais como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a Política de Gestão do trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos não foram enfrentadas efetivamente por essa gestão.

A questão do financiamento se tornou emblemática nesse governo a partir da não regulamentação da EC n°29/2000, que estipulava os gastos mínimos em saúde para cada ente federativo, o que resultou na não aplicação de bilhões de reais no SUS. (DUTRA, 2016)

Embora se tenha verificado a participação da sociedade civil na formulação e avaliação das políticas sociais e apoio para as conferências de saúde para discussão da efetivação do SUS, houve um desrespeito a autonomia da sociedade civil frente ao fato de que quem determinava a participação era o governo. Apesar da multiplicação dos espaços de interlocução, não houve política de fortalecimento da descentralização, da participação com ampliação dos processos democráticos. (DUTRA, 2016)

Alguns pequenos avanços foram constatados, por exemplo, a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde em 2003, em que se discutiram orientações para elaboração dos Planos de Saúde e a importância da manutenção do caráter deliberativo dos conselhos de saúde, No mesmo ano aconteceu o Plenário do Conselho Nacional de Saúde, que aprovou as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de Saúde (Resolução n° 333/2003), que, entre outras coisas, estabelece que os governos devem garantir autonomia, dotação orçamentária e secretaria executiva para o pleno funcionamento.

No ano de 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromissos pela Saúde, que agrega três eixos: o pacto em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o pacto em defesa da vida e o pacto de gestão, que é um passo importante no processo de reorganização da gestão do SUS e para a definição dos chamados “instrumentos de gestão do SUS”, os quais veremos mais à frente.

No segundo mandato de Lula, na compreensão de Bravo e Menezes (2011), também não houve compromisso com a Reforma Sanitária, uma vez que temas como “Controle de Planos de Saúde”, financiamento, investimento, ação intersectorial e política de gestão do trabalho nem foram mencionados e discutidos. Este governo também deixou de debater questões como a concepção de Seguridade Social, a Política de Recursos Humanos e/ou Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Saúde do Trabalhador. Pelo contrário, apresentou propostas contrárias ao projeto de Reforma Sanitária, como a adoção de um modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais, que favorece a criação de Fundações Estatais de Direito Privado, o que significa que as fundações serão geridas pelo direito privado; num sistema que não prevê Conselhos Gestores de Unidades e que, portanto, não enfatiza o controle social, não leva em consideração a luta por Plano de Cargo, Carreira e Salário dos Trabalhadores de Saúde.

Essa proposta acaba por esvaziar as possibilidades de controle social democrático na saúde, e implementa a lógica privatista, descaracteriza o Sistema Único de Saúde nos seus princípios fundamentais. Há a substituição do interesse público por interesses particularistas, num sistema de privatização do Estado brasileiro<sup>31</sup>.

Embora se verifique ênfase nas novas formas de gestão das políticas sociais nos últimos anos, essas formas de gestão não são inéditas da década de 2000, e vem sendo desenvolvidas desde a década anterior. De acordo com Behring e Boschetti (2007), ainda na década de 1990, em meio ao processo de contrarreforma do Estado, foi criado o Programa de Publicização, que se expressou na criação das agências executivas, das organizações sociais, e a regulamentação do Terceiro Setor para execução de políticas públicas a partir de parcerias com ONGs e instituições filantrópicas, numa estratégia que ignora o conceito de Seguridade Social.

Segundo Bravo e Menezes (2011), o balanço que se faz após os dois mandatos do Presidente Lula, no que diz respeito à saúde, é que permaneceram em

---

<sup>31</sup> A proposta de Fundações de Direito Privado foi aprovada em diversos Estados, a partir de 2007. O Rio de Janeiro foi o primeiro a aprovar a Lei que a regulamenta em dezembro de 2007 (Lei nº 5164, de 17 de dezembro de 2007). Outros Estados da federação também aprovaram em seguida. A proposta de Fundações de Direito Privado foi rejeitada por diversos movimentos sociais e vários profissionais da área se manifestaram contrariamente na Conferência Nacional de Saúde de 2007, assim como nas Conferências Estaduais do mesmo ano, e principalmente na 13ª Conferência Nacional de Saúde, em 2008. (Bravo e Menezes, 2011)

disputa os dois projetos dos anos de 1990, o da Reforma Sanitária e da privatização. Houve a continuidade de políticas focais, a falta de democratização do acesso, o caminho do abandono da Seguridade Social e a articulação com o mercado.

Em outubro de 2010, o país vivenciou a eleição da primeira mulher para o cargo de Presidente da República, Dilma Rousseff. Em seu discurso de posse a consolidação do SUS se encontrava como prioridade, embora também tenha deixado claro que estabeleceria parcerias com o setor privado na área da saúde. Para Ministro da Saúde foi indicado o médico Alexandre Padilha, que se comprometeu a participar ativamente do Conselho Nacional de Saúde, para o qual também foi eleito para a presidência em fevereiro de 2011 <sup>32</sup>. Destaca-se que o ministro afirmava que não tinha ressalvas com qualquer tipo de gerenciamento que levasse em consideração os preceitos do SUS, abrindo ainda mais espaço para a ampliação de modelos de gestão que privatizam a saúde e tornam a saúde pública cada vez mais precária, como as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado (OSCIPs) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) <sup>33 34</sup>.

O balanço que Bravo faz do mandato de Dilma sinaliza para programas e política de saúde focalizada, a parceria com o setor privado, e a cooptação dos movimentos sociais, assim como um modelo de gestão verticalizado, burocratizado com ênfase na privatização em detrimento do serviço público estatal. Verificou-se a primazia do tratamento das doenças em detrimento de ações que possibilitem a

---

<sup>32</sup> Bravo e Menzes (2011) afirmam que, do ponto de vista onde considera-se que o presidente do conselho deve ser um representante pertencente ao segmento dos usuários ou profissionais da saúde, essa eleição leva à constatação de que a ocupação do cargo por um ministro pode ser considerado um retrocesso.

<sup>33</sup> No ano de 2010, o governo apresentou uma medida provisória que autorizava o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), ou seja, uma empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação para a reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (HUs). Em junho de 2011, o prazo de votação dessa medida provisória expirou, e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares foi recolocada pelo governo como projeto de lei ( PL 1749/ 2011), (BRAVO e MENEZES , 2011). Essa proposta prevê a contratação de funcionários pela CLT (Consolidação da Leis Trabalhistas) ou por contratos temporários, o que propicia a instabilidade e rotatividade dos mesmos e dificulta a continuidade e qualidade dos atendimentos e ações. Além disso, prevê a criação da Previdência Privada.

<sup>34</sup> Não podemos deixar de frisar que, segundo Bravo e Menezes (2011) as formas de contratação via Organizações Sociais, OSCIPs, e demais “parceiros” da iniciativa privada, violam o instrumento do concurso público como única forma de acesso ao serviço público, desconsiderando leis de licitação e de Responsabilidade Fiscal, e tudo isso com a conivência de diversos Tribunais de Justiça pelo país.

promoção efetiva da saúde, conforme apregoa o SUS (Sistema Único de Saúde), com ausência de ações intersetoriais coordenadas<sup>35</sup>.

Seguindo a lógica de que o serviço de saúde pode ser prestado por entidades privadas como um complemento à rede e aos serviços públicos, quando as disponibilidades destes forem insuficientes para garantir a assistência à população de determinadas áreas (Artigo 24, da Lei 8080/90) o que se tem verificado é o contrário, um sistema público de saúde que vem funcionando de forma “complementar” ao sistema privado e que, na disputa entre os diferentes projetos, o projeto privatista tem conseguido cada vez mais fôlego em virtude da direção política e econômica dos governos brasileiros em função da demanda do capital interno e da política macroeconômica.

Diante de todo esse contexto, levando em consideração o avanço constitucional e legal acerca da possibilidade de controle social e a necessária luta pela garantia do SUS constitucional, público, universal e de qualidade, alguns movimentos tem marcado o tensionamento em torno do tema saúde, não só adentrando os espaços de controle social já instituídos, mas, também, a partir da criação de outros espaços em que vem se estabelecendo e aprofundando os debates e deliberações em torno, sobretudo, da temática da privatização da saúde.

Com a perspectiva de fortalecimento da participação e do controle democrático na saúde e como forma de pressionar os próprios conselhos, Bravo e Menezes (2011) apontam que nos anos 2000, na gestão do governo PT, foram criados e/ou estimulados outros mecanismos de participação, ressaltando-se a importante iniciativa de criação da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e os Fóruns de Saúde existentes em diversos estados brasileiros.

---

<sup>35</sup> A Presidenta da República solicitou ao Ministro que algumas questões em especial fossem abordadas, como a questão da atenção com a saúde da mulher e da criança, outra com relação aos cuidados para as mulheres acometidas por câncer de mama e de colo uterino, o lançamento do programa “Aqui tem Farmácia Popular”, e a outra demanda é com relação à implantação das UPA`s (Unidades de Pronto-Atendimento 24 horas). Deixando de dar maior relevância ao fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e questões ligadas à fixação dos profissionais e solidificação da formação, assim como uma política de gestão do trabalho e um plano de cargos, carreiras e salários, e, uma proposta de educação permanente para os profissionais da saúde. Ao contrário, o que se tem visto é a ampliação dos processos de terceirização e precarização das relações de trabalho. As estratégias em saúde deste governo tem demonstrado, cada vez mais, a vinculação com o setor privado (BRAVO e MENEZES, 2011).

“A Frente Nacional é composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários e tem por objetivo defender o Sistema Único de Saúde (SUS) público, estatal, gratuito e para todos, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 1980.” (Bravo e Menezes, 2011, p. 32)

Entretanto, nesse contexto polarizado e de tensão que trás a urgência na participação coletiva e do controle social no campo das lutas que perpassam a gestão e a definição dos nortes da política de saúde, contraditoriamente, no campo prático e institucional não se tem verificado possibilidades objetivas e experiências concretas de fortalecimento de uma gestão participativa e democrática de forma sistemática, e mesmo entre os espaços formais de deliberação e participação constituídos, vários deles, como é o caso de alguns Conselhos de Saúde, estão sendo colocados sob crítica em virtude de processos pouco transparentes e de cooptação (SOARES, 2012)<sup>36</sup>.

Assim, se levamos em consideração que os espaços de controle social, em especial os Conselhos de Saúde, se relacionam com possibilidades de expressão da luta de classes e em prol da política de Saúde, e constituem parte do processo de aprovação das decisões das estratégias e planos de governo para o setor saúde (materializados nos instrumentos de gestão) e esses espaços vêm sendo ocupados mais potencialmente por representações de extratos das classes dominantes e por processos de deliberação enviesada, isso dificulta o tensionamento da própria política no âmbito do Estado.

Com relação ao processo contínuo de desmonte do setor saúde e das disputas entre os diferentes projetos, aponta-se que além dos dois principais projetos que vem sendo desenhados e estão no cenário das disputas desde a década de 1960, sendo o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, se consolidou nos períodos do governo PT um terceiro projeto conhecido como Projeto do SUS Flexibilizado ou “SUS Possível”. (Bravo, Pelaez, Pinheiro, 2018). Assim, de forma a destacar as suas particularidades:

---

<sup>36</sup> Referência a abordagens feitas em meu Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social sobre a situação de instâncias de participação coletiva no campo da saúde na cidade de Rio das Ostras. (Soares, 2012)

Esse projeto do SUS possível é pautado por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária, mesmo que isso envolva concessões que contrariam os interesses dos trabalhadores e o pleno usufruto do direito à saúde. Este projeto se consolida nos governos petistas (BRAVO, 2013). (pág. 10)

Portanto, no período dos governos do PT identifica-se que a disputa de diferentes projetos permanece e, apesar das propostas que procuraram enfatizar o Projeto da Reforma Sanitária, não houve financiamento e vontade política para viabilizá-las. Essa disputa se inscreve no contexto do capital em sua fase neoliberal, de contrarreforma do Estado, e de restrição de direitos sociais.

Portanto, as contrarreformas iniciadas no governo de Fernando Henrique Cardoso, encontraram nos governos do PT medidas que não romperam com sua lógica, apesar dos resultados positivos alcançados no âmbito de algumas políticas sociais, o que, na realidade, cumpre um papel funcional ao próprio capital. As Políticas Sociais e de saúde sofreram grande influência da Agenda de estabilidade fiscal, e afastou a possibilidade de se pensar em outro projeto societário para o país.

Algumas entidades que historicamente tem relação com o movimento da reforma sanitária acabaram, a partir dos anos de 2008, debatendo alguns eixos temáticos importantes da Reforma Sanitária, porém, flexibilizando seu referencial teórico, rompendo com a possibilidade de vincular o projeto de saúde a uma perspectiva emancipadora e de superação do capitalismo. (Bravo, Pelaez e Pinheiro, 2018).

### **3.3 Breve Análise de Conjuntura e Principais Marcos da Política de Saúde no Pós Golpe de 2016 – Aprofundamento da Contrarreforma e Mecanismo de Transição para o Abismo**

O atual contexto nacional, que inclui uma nova dinâmica política e econômica que repercute na relação entre Estado e Políticas Sociais, vem aprofundando ainda mais a dinâmica de desmonte da Política de Saúde e redefinindo as estratégias para o setor ao colocar novas bases para a operacionalização do SUS e redimensionar os embates das diferentes perspectivas societárias que lhe atravessam.

No que tange aos processos de regressão para as políticas sociais no período Temer, para compreender o grau de perversidade das suas políticas de cortes, contingenciamentos e obstrução de direitos é importante resgatar que o processo de contrarreforma das políticas sociais se inicia tão logo a Constituição Federal entra em vigor, ou seja, nem bem se institucionalizam os avanços constitucionais acerca dos direitos sociais e da responsabilidade do Estado, os anos de 1990 acirram o processo de contenção dos gastos sociais e de ajustes fiscais, em um contexto de neoliberalismo e redução da intervenção social do Estado. (Ferraz, Frizzera, 2018)

Já nos anos 2000, com a eleição do Partido dos Trabalhadores para o cargo máximo do poder Executivo Federal, em 2002, se concretizaram mandatos que sinalizaram para a continuidade das políticas de ajuste e de cunho neoliberal, aprofundando o processo de contrarreforma do setor.

No ano de 2016 o país evidenciou o início de uma série de processos e articulações políticas, com suporte de setores ultraconservadores, econômicos e midiáticos, que culminou no Impeachment da então Presidenta do Partido dos Trabalhadores, Dilma Rousseff, cujo mandato, não fosse o processo de impedimento, iria até 2018.

As manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas que culminaram com o afastamento de Dilma Rousseff da presidência da república, no dia 12 de maio de 2016, desnudaram as fragilidades da democracia burguesa e o esgotamento da política de conciliação de classe. Em seu lugar assume, de maneira ilegítima, Michel Temer, representando os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira. (Bravo, Pelaez, Pinheiro, 2018, Pág. 12)

Diversos Partidos e representantes políticos, não só de esquerda, juristas do Brasil inteiro, setores vinculados às instâncias acadêmicas, movimentos sociais de esquerda entre outros grupos e coletivos questionaram desde o início as justificativas para a admissibilidade da abertura do processo de Impeachment. Embasados em argumentos jurídicos e constitucionais esses setores passaram a considerar o Impeachment em questão um processo inconstitucional e, portanto, um Golpe.

A troca do executivo federal realizada a partir de uma manobra considerada arbitrária e movida por intenções que extrapolam as justificativas postas, corrompendo e fragilizando as forças e os processos democráticos

constitucionalmente estabelecidos, se estabelece como um Golpe à Democracia, à vontade popular, e sinaliza claramente para um golpe aos direitos sociais, Políticas Sociais, direitos da classe trabalhadora, entre outros.

O governo de Michel Temer se concretiza e se pauta sobre uma agenda e uma plataforma política e econômica diferente daquela aprovada popularmente através do pleito eleitoral vinculada à candidatura de Dilma Rousseff, e apresentou ações direcionadas ao que se convencionou chamar no âmbito do poder Executivo Federal de “reformas necessárias”, se constituindo como um governo extremamente antipopular.

“O governo ilegítimo de Temer trata-se de uma restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional.” (Bravo, Pelaez, Pinheiro pág. 12)

Esse governo trás consigo o aprofundamento das contrarreformas que recaem sobre os trabalhadores, comprometendo direitos Trabalhistas, previdenciários e sociais. Desde a abertura do processo de impeachment da então Presidenta Dilma Rousseff ficou evidente o acelerado e profundo processo de contrarreforma e de reformas regressivas no âmbito das políticas sociais, protagonizado por forças conservadoras que se aglutinavam em torno daquele que passou a ser o Presidente, Michel Temer, em clara ação de questionamento das ações realizadas pelos governos PT, inclusive com relação às fracas reformas realizadas no período. (Ferraz, Frizera, 2018)

A atuação das correntes políticas conservadoras se desenvolvia em várias frentes, políticas e programas, com destaque para o novo regime fiscal, reforma trabalhista e previdenciária, reforma do ensino médio, intervenção das forças armadas na segurança pública, entre outros. (Ferraz, Frizera, 2018)

Com relação ao assunto da segurança pública, destaca-se, por exemplo, a situação do Estado do Rio de Janeiro, que viveu um período de intervenção federal, decretado em 16 de fevereiro de 2018, quando o general Walter Braga Netto foi designado pelo presidente Michel Temer como interventor federal, uma espécie de governador da área de segurança pública, e encerrado em 31/12/2018. Cabe ressaltar a contradição das ações empenhadas, uma vez que, apesar das justificativas em torno da manutenção da ordem e combate à criminalidade, os dados divulgados pelo Instituto de Segurança pública (ISP), autarquia vinculada a



Secretária de Segurança Pública, em Novembro de 2018, mostram que 2018 foi o ano com o maior número de mortes causadas por policiais no Estado desde que se iniciou a série histórica, em 2003. Foram 1.444 mortes até novembro/2018, o que significa uma média de 4,3 mortes por dia.<sup>37</sup>

Outro ponto a ser destacado sobre essa Intervenção Federal é que ela foi montada no contexto em que ficava cada vez mais latente o descontentamento popular frente os processos políticos antidemocráticos que levaram Michel Temer ao poder, momento em que a sociedade buscava formas de organização e mobilização em prol de pautas democráticas, da defesa dos direitos trabalhistas, previdenciários, sociais, da defesa da educação, e, sobretudo, em clara crítica ao governo ilegítimo vigente. Nesse contexto, evidenciou-se um processo de aumento da coerção do aparelho estatal, em clara manobra que se desdobrou em uma restrição progressiva das possibilidades de manifestação política da sociedade civil acerca dos rumos do país. Fato que vem se aprofundando ainda mais na vigência, hoje, do governo do Presidente Jair Bolsonaro.

Desde os processos de articulação em torno do impeachment e, conseqüentemente, da defesa pelo mandato de Michel Temer, foi evidente que as pressões e os interesses pelo afastamento de Dilma partiam de diversos setores, e contaram com articulações estratégicas no campo político, em especial Câmara dos Deputados e Senado Federal, no campo jurídico e midiático. Muito chamou atenção para a pressão realizada por integrantes da chamada “Bancada BBB”, que é um termo que tem sido utilizado para se referir às seguintes bancadas no Congresso Nacional: bancada armamentista (“bala”), a bancada ruralista (“do boi”) e bancada evangélica (“da bíblia”), bem como grupos populares e econômicos que tem afinidade ideológica e compartilhamento de interesses políticos e econômicos com essas frentes. Após Michel Temer assumir a presidência e posteriormente, já no mandato do atual Presidente Jair Bolsonaro, foi possível notar a prevalência de pautas governamentais que favorecem as aspirações e interesses dos grupos vinculados aos temas defendidos por essas bancadas no Congresso. A sua força eleitoral se reafirmou, bem como o apoio popular por eles recebido.

---

<sup>37</sup> [https://brasil.elpais.com/brasil/2018/12/18/politica/1545165331\\_275511.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2018/12/18/politica/1545165331_275511.html)- acessado em maio/2019.

A campanha pelo Impeachment tinha, também, uma outra vertente muito forte que se fundamentava na crítica ao projeto educacional até então estabelecido, com destaque para o fortalecimento do projeto “Escola Sem Partido”. Nessa campanha, que recebeu e continua recebendo amplo apoio popular de setores ultraconservadores, questionava-se não só a qualidade do ensino, mas o teor ideológico da prática educativa, sob a justificativa de que nos espaços educacionais se praticava a defesa tendenciosa do “comunismo” e de pautas e partidos de esquerda, entre outras questões que receberam viés moralista, como a questão de gênero e a causa LGBTQI. Tal pauta se fortaleceu durante o Governo de Michel Temer e hoje, já na vigência do mandato do atual Presidente da República (Jair Bolsonaro), evidencia-se uma política extremamente hostil no campo da educação, de austeridade e de corte dos investimentos, de coerção e da restrição da liberdade, a tentativa de contrarreforma do setor e das suas bases teóricas e educacionais, além da sua abertura ao capital privado e bancário.

Outros pontos marcantes que envolveram o processo de Impeachment e moveram a chegada de Michel Temer à Presidência e a sua permanência dizem respeito ao discurso generalizado no campo político altamente moralizador, à suposta luta contra a corrupção, a crítica ao funcionalismo público e às instituições públicas, e o discurso de combate da crise. Evidencia-se, atualmente, que o governo em vigência, de Bolsonaro, chegou, na sequência, à Presidência da República, em 2018, se utilizando dos mesmos temas e discursos em prol de apoio popular e dos setores econômicos afins. Fato é que, tanto na vigência do Governo Temer como de seu sucessor, nem se combateu a corrupção e nem se avançou no que diz respeito à reversão da crise que já estava instaurada. O serviço público se tornou alvo de ações fiscalizadoras e coercitivas, e as instituições públicas vem sendo prioritário das privatizações. O discurso da crise também vem fundamentando uma das medidas de maior impacto sobre as condições de vida das classes trabalhadoras dos últimos anos, a contrarreforma da Previdência, debate iniciado e fortalecido politicamente já no governo de Temer, se tornando pauta prioritária do governo seguinte, Jair Bolsonaro.

Esses pontos, entre tantos outros não abordados aqui, são extremamente relevantes para evidenciar a forma como desde o processo de impeachment, o governo de Michel Temer pareceu servir de ponte para a estruturação de um terreno político propício à realização de contrarreformas extremamente radicais,

antipopulares e políticas voltadas exclusivamente ao favorecimento do capital, que, iniciadas em sua gestão, encontraram condições de continuidade na gestão seguinte.

No período Temer o que se verificou foi uma política de estrangulamento total dos recursos para as políticas sociais através da Emenda Constitucional nº 95/2016, sinalizando para um novo regime fiscal, congelando investimentos em políticas sociais por vinte anos. Essa Emenda Constitucional, enquanto ainda era PEC 241 e/ou 55 (Proposta de Emenda Constitucional) foi chamada pelos movimentos de luta e de resistência de “PEC da Morte”, de modo a dar a dimensão sobre o retrocesso e a perversidade que sinalizava. Com relação a esta EC, também conhecida como EC do teto dos gastos:

A EC 95, a EC do teto, limita o crescimento dos gastos do Estado com as despesas primárias ao montante aplicado no ano anterior corrigido pela taxa de inflação, reduzindo os gastos do Estado em proporção ao PIB. Para a saúde, uma vez que a PEC do teto entrará em vigor este ano (2018), foi estabelecido que o mínimo a ser aplicado corresponderá a 15% da Receita Corrente Líquida em 2017 corrigidos pela inflação. A partir de então, por 20 anos, o mínimo a ser aplicado pela união, estados e municípios ficará congelado, pois corresponderá aos 15% da Receita Corrente Líquida de 2017 corrigidos pela inflação do ano, mesmo que aumentos da Receita Corrente Líquida ou do PIB ocorram. (Ferraz, Frizzera, 2018, pág. 5)

Essa ação de corte e congelamento do investimento em Políticas Sociais não veio acompanhado de outras reformas como a tributária, mas veio acompanhada da indicação veemente de que a Reforma da Previdência Social também se fazia urgente. Esse governo também deu continuidade ao pagamento dos juros da dívida, aprofundou a relação entre setores público e privado através da continuidade da política de destinação de subsídios estatais aos setores privados via terceirização, a entrega dos serviços e equipamentos públicos para Organizações Sociais e incentivo à novas formas de gestão dos equipamentos públicos, etc. Ficou evidente que a estratégia econômica, cuja justificativa básica se pautava na necessidade de equilibrar as contas públicas e na possibilidade de saída da crise e de romper a estagnação da economia através da diminuição dos gastos do Estado, atinge visceralmente e profundamente a classe trabalhadora:

“Aprofundando de forma acelerada um processo de penalização dos pobres e trabalhadores que se estabeleceu desde os anos 1990, para que o capital possa se apropriar de todo o fundo público, até mesmo dos poucos recursos

destinados à reprodução da força de trabalho no Brasil.” (Ferraz, Frizera, 2018, pág. 5)

Destaca-se que as ações empenhadas pelo governo de Michel Temer afetaram com particular intensidade as políticas de saúde e educação. “Na política de saúde os cortes de gastos em um quadro de subfinanciamento crônico, tem produzido mortes nas filas de espera por tratamento e aumento de epidemias (dengue e febre amarela como as mais notórias).” (Ferraz, Frizera, 2018, pág. 04)

No que se refere à saúde, é sabido que há claramente dois projetos em disputa, em que o confronto entre o modelo médico assistencial privatista e o modelo público e universal, desenha-se desde os anos 1960, aprofunda-se com as lutas pelo fim da ditadura militar nos anos 1970 e 1980 e ganha novos contornos nos anos 1990, a partir da política de ajuste e contrarreforma (Ferraz, Frizera, 2018). Sabe-se, também, que os governos do PT deram continuidade às políticas de ajuste neoliberal e, no campo da saúde, um terceiro Projeto entrou em disputa, o Chamado “SUS possível”.

Quanto á redução histórica da intervenção estatal no campo da política de Saúde, esta:

“Se caracterizou primeiro pela indefinição quanto ao percentual a ser gasto em saúde pela união, estados e municípios e, posteriormente, quando esta definição foi estabelecida com a Emenda Constitucional 29 (EC 29) em 2001, pela disputa quanto ao que poderia ser caracterizado como ações e serviços públicos de saúde, o que ocorreu apenas em 2012 com a lei complementar 141, demonstrando o acirramento da disputa pelo fundo público para a política de saúde no país.” (Ferraz, Frizera, 2018, pág. 05)

Essas emendas e leis contribuíram para o aumento do investimento em saúde, no entanto, ele ainda ficou restrito aos valores mínimos estipulados. (Ferraz, Frizera, 2018). A condição do financiamento do setor saúde, portanto, já era extremamente complicada e foi, então, profundamente piorada a partir da EC 95/2016 realizada na gestão Temer.

Obviamente os processos de retrocesso da política de saúde e das demais políticas sociais não se iniciaram no governo de Michel Temer, mas se aprofundaram nesse período a partir da sua profunda relação com o quadro social, econômico e político sintonizado com processos observados mundialmente e se concretiza com as mediações relacionadas às condições de inserção do Brasil no cenário político-econômico mundial e ao seu particular desenvolvimento histórico.

E a saúde que, historicamente tem sido alvo do avanço do capital vem sendo inserida cada vez mais profundamente na lógica privatizante, fato que ameaça as propostas basilares e fundamentais da Reforma Sanitária acerca de uma saúde pública e universal (Bravo, Pelaez, Pinheiro, 2018). Nesse sentido, reconhecendo a permanência da disputa entre os diferentes projetos de Saúde no Brasil, o Projeto privatista ganha tanto mais fôlego quanto mais o projeto do capital articula a sua expansão sobre as Políticas Sociais do Estado, como vem acontecendo nesse período.

Segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), a gestão de Michel Temer na área da saúde e nas demais políticas sociais seguiu o ritmo da contrarreforma e do desmonte, evidenciando o aprofundamento das formas de privatização não clássicas, propostas de planos de saúde acessíveis, direcionamentos para a política de saúde mental e para a Política Nacional de Atenção Básica que na realidade sinalizam grandes retrocessos.

O que se apresentou não foi só uma continuidade, mas intensificação e aprofundamento das contrarreformas, em que o discurso da crise foi utilizado para justificar uma tendenciosa necessidade de redução do SUS. O discurso oficial se assentou na justificativa de que o déficit orçamentário é incompatível com a oferta universal de serviços em saúde e com todas as garantias constitucionais. Nessa lógica, um dos pilares de gestão do Ministério da Saúde nesse período, sob a responsabilidade do Ministro Ricardo Barros, se voltou a apresentação de propostas sobre Planos de Saúde Populares. (Bravo, Pelaez, Pinheiro, 2018)

Foi proposto formalmente, através de Portaria (Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016) a instituição de grupo de trabalho para debater sobre o Projeto de Plano de Saúde Acessível, resultando na elaboração do Ofício nº 60 da Secretaria de Atenção à Saúde que expressa que a justificativa utilizada pelo Ministério da Saúde para a defesa desse projeto se pautava não nas necessidades de saúde da população, mas na enorme redução do número de pessoas associadas à Planos de Saúde privado em função do período de recessão econômica e elevada taxa de

desemprego.<sup>38</sup> (Bravo, Pelaez, Pinheiro, 2018)

Os autores destacam que, dentre as problemáticas da saúde no governo Temer, estava a questão do financiamento, onde já apontamos que uma das medidas mais drásticas do governo foi o congelamento dos gastos, através da EC 95/2016. Essa emenda Constitucional sinaliza a perda de recursos federais destinados ao SUS em uma estimativa de R\$ 654 bilhões de reais no período de 20 anos, em um cenário conservador com crescimento médio do PIB de 2% ao ano. Em uma lógica em que, quanto mais a economia brasileira crescer nesse período, maior a perda de recursos para a Saúde.

Há preocupação, também, no que diz respeito aos impactos da mudança demográfica, com expectativa do aumento do número de idosos em 20 anos, sobre o SUS, já que a população idosa adoece mais e demanda mais serviços, estrutura e insumo.

Outra preocupação se voltou à revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pactuada na Reunião da CIT (Comissão Intergestora Tripartite), ressaltando-se que a PNAB não foi analisada pelo Conselho Nacional de Saúde e não foi discutida junto à sociedade.

Também apareceu no centro das críticas os retrocessos em relação à Política de Saúde Mental, cujas alterações propostas ameaçam as conquistas da Reforma

---

<sup>38</sup> Esse documento também expõe as propostas para o Plano de Saúde Acessível, em três modalidades: Plano Simplificado, Plano Ambulatorial + hospitalar, Plano em Regime Misto de Pagamento. Segundo os autores, em termos de avaliação e crítica aos Planos de Saúde Acessíveis, várias entidades apresentaram posicionamentos contrários. O Conselho Nacional de Saúde, em 10 de março de 2017, apresentou uma Moção de Repúdio à proposta, enfatizando que a mesma subverte o papel do Estado e representa grave retrocesso, apresentando muitas restrições de cobertura, o que fere o princípio da integralidade da assistência; destaca também a diminuição da competência regulatória da ANS. A Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da ANS (ASSE-TANS), em assembleia realizada em 05 de setembro de 2017, aprova um posicionamento contrário aos Planos de Saúde Acessíveis, destacando que suas características limitam as coberturas garantidas pela Lei 9.656 (BRASIL, 1998) e sua regulamentação, contrariando o princípio da integralidade da atenção em cada segmento hoje existente; considera que fatores acima de 30% são considerados restritores severos ao acesso aos serviços, pois a proposta enfatiza que o copagamento para acesso aos mesmos está previsto em 50%. Ressalta também que os serviços oferecidos serão parcelados, de baixa qualidade e jogando para o sistema público os procedimentos de alto custo. (Bravo, Pelaez, Pinheiro, 2018 pág. 15)

Psiquiátrica no país, em especial através da Portaria 3.588/2017 que aponta o fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos, entre outros pontos.<sup>39</sup> Essa política é alvo de críticas do Movimento da Luta Antimanicomial, Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), entre outros, por não contemplar a participação social e estar na contramão do modelo de atenção em saúde mental que preconiza a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais, como consubstanciado na Lei 10.216/2001. Acaba afirmando a perspectiva manicomial e relega a segundo plano os serviços de base territorial e comunitária. (Bravo, Pelaez, Pinheiro, 2018)

O Governo Temer também demonstrou articulação efetiva com o setor empresarial de saúde ao articular e apresentar propostas de modificação da política de saúde, em que se evidencia a elaboração do documento Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde, divulgado em 2017, cujo documento foi elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil, que tem como objetivo enfrentar e construir um novo sistema de saúde para o Brasil. (Bravo, Pelaez, Pinheiro, 2018)

O Grupo Coalizão Saúde (lançado na Faculdade de Medicina da USP), foi criado em 2014, e sua tese é a de que os setores público e privado precisam construir uma rede integrada de cuidados contínuos; pressupõe mais participação da iniciativa privada nos serviços, preocupação com a participação de empresários na difusão de ideias, e com a possível apropriação de conceitos do SUS de modo a atribuir outros significados.<sup>40</sup>

O Ministério da Saúde durante o Período Temer também trouxe propostas de alteração na Lei dos Planos de Saúde (Lei 9656/1998), em 2017, cujos direcionamentos sinalizam para um prejuízo para os usuários e benefícios para operadoras.

---

<sup>39</sup> “Por meio da Portaria 3.588/2017 (BRASIL, 2017c), o atual Governo engendrou mudanças na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que apontam para o fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais, por meio de ampliação de recursos para tais fins. A proposta foi aprovada pela CIT em 21 de dezembro de 2017, sem que pesquisadores e representantes do controle social tivessem direito a fala e sem consulta à sociedade”. (Bravo, Pelaez, Pinheiro, 2018, pág. 16)

<sup>40</sup> Para aprofundar o assunto ver COALIZÃO SAÚDE BRASIL, 2017

O que nos fica como questionamento é: em que medida e de que forma as ações de retrocesso no que tange à política de Saúde no período de governo de Michel Temer, evidenciadas no cotidiano das ações governamentais e serviços, aparecem ou encontram respaldo legal nos instrumentos de gestão governamental e de planejamento do SUS dessa gestão? Obviamente que não nos propomos a responder integralmente essa pergunta, nem tampouco abarcar todas as especificidades contidas nesses instrumentos de gestão, mas refletir, dentro desses instrumentos, os apontamentos relativos às categorias de análises por nós destacadas no item anterior, portanto, o tratamento que a gestão governamental impõe à: “conceito de saúde”, “controle social”, “relação público-privado” e “modelo de atenção”. O período escolhido para a análise proposta nesse trabalho foi o pós impeachment porque compreendemos que esse período foi crucial quanto às articulações e exigências do capital face uma nova fase de expansão no Brasil no contexto da crise econômica. Destacamos algumas particularidades dessa conjuntura política porque entendemos que essa gestão não só manifestou o aprofundamento do desmonte das políticas sociais que já vinha em curso como, principalmente, cimentou, no campo das forças políticas, sociais e econômicas, o terreno que passa a se constituir como solo fértil para o processo de continuidade, na gestão seguinte, de reformas regressivas que, na mesma medida em que impactam nas condições de vida e reprodução social da classe trabalhadora, se constituem como condição e elemento fundamental para o processo de expansão do capital diante da crise posta, cumprindo às exigência do grande capital nacional e internacional.

Com base no que foi exposto até aqui é importante não perder de vista que, se o processo de redemocratização e a formulação da Constituição Federal de 1988 e seus princípios e fundamentos possibilitaram a incorporação de uma racionalidade ético-política (finalística) no tocante à administração pública mais próxima de uma dimensão universalista ao incorporar atenção às demandas e interesses da classe trabalhadora a partir do próprio conceito de democratização e abertura de precedente para a participação da sociedade civil na definição dos interesses públicos e na forma de satisfazê-los (em que a gestão pública passou a ter a possibilidade de compreender não só a prestação direta de serviços, mas também a garantia da resolução dos problemas de saúde. OPAS/ OMS, 2004), bem como, com a incorporação da política de Seguridade Social que representou uma



perspectiva de redistribuição da mais-valia socialmente produzida e o atendimento às mínimas demandas de reprodução social da classe trabalhadora, esse não é o panorama que se verificou nos anos subsequentes.

O atual contexto, que engloba o avanço do capital sobre as políticas Sociais e o fundo público e a amortização da força de luta da classe trabalhadora em virtude de uma série de questões que envolvem, principalmente, o mundo do trabalho e dos direitos, direciona a uma restrição cada vez mais profunda da perspectiva universal do Estado, e incompatibiliza com as necessidades e demandas no campo da saúde pública e coletiva. No pós contrarreforma do Estado até os dias de hoje, temos verificado a inversão ou supressão das possibilidades de gestão horizontalizada, participativa e democrática, e fica cada vez mais inviabilizado um real comprometimento por parte do Estado e da administração pública com as necessidades coletivas.

Tal situação se aprofunda de tal modo no governo Temer que não só acirram as contradições de classe e a precarização das condições de vida, saúde e existência da classe trabalhadora, como, também, compromete a própria reprodução social e material dessa classe ao redefinir a relação entre o Estado, sociedade e as políticas sociais.

Nosso entendimento é de que os rumos da Política de Saúde são foco de tensionamento constante entre as classes e que o caminho que viabiliza os processos de desmonte bem como fortalece o projeto de privatização das políticas sociais, com inversão dos pressupostos constitucionais, não pode ser outro senão aquele que passa pela ação do próprio Estado, isso porque, compreendemos que a sua desresponsabilização é um fato do qual o próprio Estado pactua junto às classes dominantes, e, conseqüentemente, no sentido do fortalecimento da dominação fundante e da expansão do capital.

Nessa perspectiva, a “gestão” estatal no âmbito da Política de Saúde é aqui abordada enquanto partícipe do próprio processo de valorização do capital e da sua legitimação, posto que a direção que o Estado coloca para o setor pode fortalecer tanto o projeto de saúde que vai na direção da defesa do projeto da Reforma Sanitária quanto o privatista (que direciona ao fortalecimento do mercado da saúde)

## **4 GESTÃO DA SAÚDE E O PÓS GOLPE DE 2016: REFLEXÕES A PARTIR DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO GOVERNAMENTAL E DE PLANEJAMENTO DO SUS**

### **4.1 Apontamentos Iniciais sobre a Relação do Objeto de Pesquisa e os Pressupostos Teóricos de Análise**

O Capítulo anterior, entre outras coisas, buscou abordar a contrarreforma da saúde, desde os anos 1990, passando pela era PT e chegando até o seu momento de maior aprofundamento na gestão Temer.

Ao mesmo tempo em que a década de 1980 evidenciou a institucionalização e o avanço do ponto de vista legal das demandas e dos direitos que vinham sendo propostas desde as décadas anteriores, a década de 1990 deu início ao processo de desmonte do Aparelho do Estado e, por consequência, das Políticas sociais em diversas direções.

Nos anos 2000, os governos PT condensaram um misto de expectativas em torno da temática da saúde e decepções e descontentamentos de diversas ordens, em especial, ao dar continuidade à agenda neoliberal já estabelecida; mas também avançou no que diz respeito à conformação e organização sistemática de gestão e planejamento para o setor saúde, trazendo parâmetros e padrões a esse processo (abordaremos esse ponto mais à frente).

Com relação à gestão da saúde no Período Temer, do ponto de vista da sua sistematização, se seguiu o mesmo padrão instrumental sistematizado no governo de Lula. Temer lhe imprimiu, no entanto, direções que sinalizam para o aprofundamento do desmonte da Saúde, o acirramento das disputas, com primazia das alternativas privatizantes e para a precarização das condições de vida, saúde e acesso.

Ao buscarmos refletir sobre a gestão governamental da saúde consideramos importante destacar que tal temática é parte componente de uma totalidade social ampla e complexa, o que torna indispensável que realizemos alguns apontamentos.

O primeiro apontamento que nos cobramos de realizar é sobre o reconhecimento de que tratar a temática da “gestão da política de saúde” não

pressupõe um único e exclusivo caminho de análise, bem pelo contrário, diversos são os pontos e perspectivas de análise que podem ser privilegiados nesse debate, nesse sentido, reconhecemos que a gestão da política de saúde se realiza a partir de diversificadas frentes de atuação das quais o Estado se utiliza e realiza as mediações no campo das ações em saúde.

O outro apontamento que se deve realizar diz respeito, portanto, à escolha metodológica de refletir a gestão da saúde a partir dos instrumentos de gestão governamental e não a partir de outros aspectos também de relevância nesse debate.

Estamos partindo do pressuposto de que a administração no capitalismo se realiza através da linguagem burocrática do Estado, portanto, para gerir políticas, definir e direcionar ações, o Estado se vale de um aparato legal-racional-burocrático que se condensa e expressa em documentos, leis, normas, etc. Portanto, estamos considerando que os “instrumentos de gestão governamental e da saúde” compõem uma das estratégias do Estado para gerir uma situação social específica, que é a saúde.

Cabe ressaltar que a gestão em saúde é palco de diversificadas abordagens teórico-metodológicas, e que a nossa perspectiva de análise, ao conclamar a discussão sobre gestão a partir da atuação do Estado, não se volta à análise restrita do método envolvido no processo de gestão e planejamento, mas objetiva abranger a relação entre Estado, sociedade civil e lutas de classes, e para dar conta dessa perspectiva é necessário um esforço de reflexão que, em primeiro lugar, busque compreender o contexto político, econômico e social em que a política de saúde está inserida, movimento que tentamos já realizar no capítulo anterior.

E em segundo lugar, reafirme como pressuposto teórico o entendimento de que a gestão é um processo que articula necessariamente uma dimensão instrumental e uma dimensão ético-política (ou finalística), em que o aspecto técnico e formal expressa, ainda que de forma camuflada e ideológica, um amplo contexto de finalidades postas. Ou seja, a gestão não é uma coisa (técnico-instrumental) ou outra (ético-política), ela é justamente a junção desses dois aspectos, fato que justifica nossa escolha por estudar a gestão do ponto de vista da dimensão ético-política partindo justamente do aparato instrumental do Estado.

Dessa forma, salientamos que analisar a gestão da política de saúde a partir do aparato técnico-instrumental é uma escolha metodológica que se faz mediante a

compreensão de que essa forma de gestão é expressão da forma burocrática da administração do Estado no capitalismo. Ou seja, nossa pesquisa, a partir dessa escolha, busca acompanhar o movimento da própria forma pela qual o governo faz a gestão da saúde, que é, de fato, baseada na aparente centralidade da dimensão instrumental.

Essa forma de gestão governamental que se apresenta socialmente sob uma face que é fundamentalmente instrumental, em nosso entendimento, pode ter, ao menos, dois motivos: primeiro porque, de forma contraditória, a centralidade na dimensão instrumental tem como contraponto uma aparente neutralidade que, conforme já abordamos nos primeiros itens desse trabalho, incorpora um aspecto basicamente ideológico, dando a impressão de que os objetivos da gestão e do Estado estão naturalmente dados e voltados ao bem geral e o interesse comum; e segundo porque, seguindo o mesmo raciocínio, o padrão técnico-instrumental, formal e legal é a materialização da própria estrutura administrativa do Estado, fundamentalmente burocrática e voltada à dominação fundante, ainda que esse processo de dominação se realize a partir do atendimento de algumas demandas da classe trabalhadora e sob uma aparência de universalidade ou de neutralidade.

Ao explorarmos brevemente mais à frente sobre o desenvolvimento do processo de gestão e planejamento em saúde, identificaremos que esse processo se fez centrado em aparatos metodológicos e técnicos, envolvendo questões e saberes dos quais as teorias da ciência administrativa se ocupam, quais sejam, a forma, a estrutura e as metodologias de planificação, não colocando em questão, necessariamente, os fins, a dimensão ético-política.

A nossa questão central se volta à reflexão sobre a dimensão ético-política e, por entender que ela não está dissociada da dimensão instrumental, consideramos relevante o esforço de pensar a dimensão ético-política da gestão governamental da política de saúde partindo da própria estrutura formal-legal e instrumental de gestão governamental.

Por isso, nosso esforço se pauta em demonstrar que os instrumentos de gestão do SUS não são só parte da burocracia do Estado e formalização das estratégias governamentais para o campo da saúde, mas são, também, a expressão das intenções políticas e da relação entre sociedade e Estado no que tange às disputas de classe e luta por direitos no campo da saúde.

Destacamos, portanto, que a abordagem da gestão da saúde que propomos não se direciona a pensar tão somente sobre o alcance de metas numericamente definidas pelo Estado, mas também a refletir qualitativamente sobre quais são os fins explícita ou implicitamente postos nos instrumentos de gestão/planejamento de acordo com as categorias de análise já definidas.

Salienta-se, ainda, que a preocupação central da análise que propomos tem como fundamento a compreensão de que os fins envolvidos no processo de gestão e de organização do sistema de saúde e das ações em saúde deveriam voltar-se aos princípios e diretrizes fundamentais que compõem a base de sustentação dessa política, cujo projeto original vinculava-se às demandas das classes trabalhadoras e os princípios do Projeto da Reforma Sanitária.

Se gestão é a utilização racional de recursos para a realização de fins determinados e também a definição dos próprios fins, cabe apontar que a gestão da Política de Saúde, do ponto de vista da sua dimensão ético-política, deveria ter relação direta com a proposta da Reforma Sanitária, as diretrizes, princípios, fundamentos e bases organizativas contidos na elaboração e consolidação do próprio SUS. Deve buscar alinhar as ações governamentais ao compromisso de viabilização e cumprimento das finalidades contidas nessa proposta de Política de Saúde, em especial, considerando o conceito amplo de saúde; as diretrizes de organização, regionalização, hierarquização e descentralização; e os princípios de integralidade, universalidade e equidade, controle social, entre outros.

De todo modo, realizar a discussão sobre a dimensão ético-política da gestão da saúde partindo da própria estrutura técnica e formal estatal de gestão requer, primeiramente, entender as origens históricas e teórico-metodológicas dessa estrutura, e também requer compreender que a gestão no âmbito do SUS conta com o suporte do Ministério da Saúde, e que seu arcabouço legal vem se orientando para dar conta de um aspecto específico do campo da gestão, que é o planejamento em saúde. (Luz, 2013).

## 4.2 O Desenvolvimento da Gestão na Saúde e a Centralidade na Função Planejamento

Conforme já abordamos, a administração/gestão é inerente ao surgimento da sociedade moderna capitalista, em que seu processo de sistematização teve como pressuposto o desenvolvimento de características relativas ao contexto da industrialização como a previsibilidade, calculabilidade e a organização racional do processo de trabalho, em virtude do alto grau de complexificação, fragmentação e especialização exigidos no percurso do desenvolvimento industrial. É assim que se dão as primeiras elaborações teóricas mais sistematizadas sobre planejamento, referindo-se à organização da produção industrial nos primórdios da administração científica, pautadas nas elaborações de Henry Fayol. (Giovanella, 1991)

Assim como apontado no primeiro item deste trabalho, estamos considerando gestão como sinônimo de administração, enquanto “utilização racional de recursos para a realização de fins determinados”, e também a definição dos fins. (Paro citado por Souza Filho e Gurgel, 2016).

A administração é uma ciência composta e sistematizada a partir da definição de algumas funções básicas: planejamento, organização, direção, controle e avaliação. Não se pode confundir “gestão” com “planejamento”, mas é preciso reconhecer que o planejamento é uma das funções básicas da administração e é uma função que ganha destaque no contexto da gestão no campo social e na área da saúde, e, portanto, receberá destaque, também, em nossas elaborações.

A definição de planejamento não é algo homogêneo, sendo entendido por Bonato (2003) e DEVER (1998), como uma ação projetada, planejada, coordenada, com roteiro e métodos, visando atingir objetivos desejados e bem definidos. Já ALLEN (1998) considera que o planejamento seria a elaboração de planos com objetivos específicos para anular problemáticas, por meio de ações sequenciais corretivas.

Segundo Giovanella (1991) a temática de gestão e planejamento foi desenvolvida inicialmente para o campo da economia, e sua utilização na área social se fez através de um processo de transposição do campo econômico para o social sem muitas adequações.

Especificamente na América Latina, a inserção da temática sobre planejamento econômico e social se deu sob influência da ONU, a partir da década de 40, baseado em um pensamento que entendia o planejamento como um instrumento voltado ao desenvolvimento, à industrialização e à modernização, e portanto, capaz de promover a superação das diferenças econômicas dos países periféricos em relação aos países capitalistas centrais.

O termo planejamento é bastante utilizado no contexto da administração, seja ela pública ou privada. Segundo Teixeira:

Por planejamento entende-se um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas. (Teixeira, 2010, pág. 17)

Ao se falar em planejamento abre-se um vasto campo de definições, aplicações e formas de fazer. O Planejamento tem relação com o direcionamento de ações e formalização de procedimentos visando o alcance de algum resultado ou de fins determinados. No campo da saúde, segundo Luz (2013), o planejamento começou a ter destaque em virtude da complexificação do processo de trabalho na área frente à necessidade de enfrentar as mudanças nas condições de vida e saúde da população em diversos países. (Luz, 2013)

O planejamento em saúde é algo que vem se fazendo necessário ao longo da “evolução” dos sistemas de saúde e das mudanças nas condições de vida da população mundial, e o planejamento pode ser utilizado como instrumento de ação governamental para produção de políticas, como instrumento do processo de gestão e como prática social. (Luz, 2013)

A prática do planejamento em saúde sofreu influências do desenvolvimento científico e tecnológico, tornando-se reconhecidamente uma necessidade na segunda metade do século passado, gerando interesse em organismos internacionais no desenvolvimento de propostas metodológicas para subsidiar a administração pública de ações e sistemas de saúde (Teixeira, 2010).

Na América-Latina a Organização Pan-Americana de Saúde teve influência primordial no processo de planejamento em saúde. Em face de ausência de um método específico que permitisse formular planos globais de saúde, os primeiros programas voltados ao planejamento surgem como decorrência da Carta de Punta

Del Este, onde a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), formulou o chamado "Método Cendes/Opas"<sup>41</sup>, na década de 1960, que propunha uma transposição rígida do planejamento econômico normativo para a área da saúde, sendo uma proposta tecnocrática, economicista e normativa, que sugere a utilização de conhecimentos "neutros" para estabelecer prioridades, com foco na relação custo-benefício.

Segundo Rivera e Artmann (2010) esse método é o principal marco metodológico do planejamento em Saúde. Foi criticado pelo seu formalismo economicista e complexidade; torna-se um tipo de planejamento normativo cujo referencial é o de eficiência econômica e omite os aspectos políticos inerentes ao processo de planejamento.

Tal método se caracteriza por ser um enfoque sistêmico de Programação de Recursos de Saúde, atrelado à análises de custo-benefício. Tratava-se de um viés economicista, um enfoque basicamente descritivo, gerando críticas ao seu caráter prescritivo e normatizador e à sua desvinculação com a produção de políticas na sociedade. (Luz, 2013, pág. 36)

O método CENDES-OPAS foi considerado um marco por condensar um saber específico na área e no desenvolvimento conceitual e metodológico nesse campo. Seu eixo central se voltava à tentativa de transposição dos princípios do planejamento econômico para o campo da saúde. Em seu enfoque basicamente descritivo, os indicadores de saúde eram levantados sem o questionamento de seus limites quanto à compreensão da realidade e sobre a dificuldade de explicar a situação epidemiológica encontrada.

Apesar das limitações apontadas, que caracterizam o método CENDE/OPAS como a expressão do enfoque "normativo" na área de saúde, alguns dos seus pressupostos e métodos continuam válidos até hoje, ainda mais quando se trata de desenvolver um processo de programação de ações e serviços que tenha como objetivo central a racionalização de recursos escassos. Nesse sentido, podemos identificar a influência do método CENDES em propostas metodológicas de programação utilizadas

---

<sup>41</sup> Este método foi editado pela Opas, em 1965, na sua Publicação Científica número 111, sob o título: Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud (OPS/OMS, 1965), que propunha cálculos e análises para definir a aplicabilidade de recursos de acordo com o tempo de capacidade produtiva desperdiçado em decorrência de morte ou doença relacionado à faixa etária, visando máxima produtividade e eficiência.



no âmbito do SUS, particularmente no que tange à programação da oferta de serviços realizada a partir da negociação, atualmente “pactuação” entre prestadores públicos e privados que atuam em um determinado território, municipal ou regional (Teixeira, 2010, pág. 19)

Embora a OPAS, em parceria com a Ilpes (Instituto Latino Americano de Planificação Econômica e Social) tenha promovido cursos de capacitação e os países da América Latina a partir de 1963 o tenham utilizado, começaram a aparecer problemas que este método não resolvia, já que não previa, no cenário do planejamento, a existência do conflito, das estruturas das relações de poder, a incorporação do fator político, as definições das relações sociais, e a complexidade da realidade, tornando-se necessário repensar o processo a partir dessas reflexões.

Já em 1973, a própria Opas, em sua Publicação Científica nº 272, assume o fracasso do método Cendes/Opas, onde não apenas o formato era questionado, mas também as teorias desenvolvimentistas que se apoiavam nesse planejamento enquanto um instrumento para a superação do subdesenvolvimento dos países Latino-americanos. Dessa forma, na revisão da direção desse desenvolvimento, tornou-se necessário rever a mudança de processos repensando o fator político, a estrutura das relações de poder, o sistema de decisões, as definições das relações sociais de produção que caracterizam a sociedade.

Portanto, no curso da década de 1970 se evidencia o enfraquecimento do método Cendes/OPAS e um movimento que começa a pensar novos processos de planejamento para a saúde pautados na importância de incorporação do fator político ao planejamento, questão que ganhou ainda mais relevo com as propostas apresentadas pelos países latino-americanos quanto a necessidade de extensão da cobertura dos serviços de saúde.

Entretanto, em virtude da onda repressiva que assolava a América – Latina nesse período, com o advento de diversos golpes e implantação de Ditaduras Militares, apesar da evidente necessidade de mudança de perspectiva sobre o processo de planejamento em saúde a OPAS recua frente à propostas de planejamento que contenham a incorporação de conteúdo político, como foi o caso "*Formulación de Políticas de Salud*", publicado pelo Centro Panamericano de Planificación de la Salud em 1975.

Nesse período e apesar disso, considerando, também a própria formulação do método e das críticas ao seu enfoque, a evolução do conceito ampliado de saúde

e as novas perspectivas de abordagem, surgiram outros estudiosos que propuseram alternativas ao planejamento no setor saúde, evidenciando as primeiras formulações teóricas de uma proposta de planejamento conhecida como “Planejamento Estratégico”, que se desenvolveu em três vertentes de enfoque: o Planejamento Estratégico Situacional, de Carlos Matus; As Propostas Programático-Estratégicas, de Mario Testa (um dos formuladores do Método Cendes/OPAS); e a Proposta de Medellin.<sup>42</sup>

Segundo Toni (2002), o planejamento estratégico foi sistematizado originalmente pelo Economista chileno Carlos Matus, e diz respeito à gestão de governo, onde planejamento é entendido como a ciência ou a arte de construir maior governabilidade aos destinos de pessoas, organizações ou países.

Carlos Matus fala de capacidade de governo como uma capacidade técnica; se refere aos métodos, experiências e habilidades do governo para conduzir o processo social até os objetivos estabelecidos. Afirma que a capacidade de uma equipe de governo é proporcional ao domínio de técnicas de planificação. Carlos Matus desenvolveu uma proposta conceitual e metodológica chamada “Planejamento Estratégico Situacional” (PES), aplicável onde existam governos democráticos e, portanto, diversos atores sociais exercendo e compartilhando poder. (Teixeira, 2010, pág. 29)

O PES se fundamenta em um arcabouço teórico que enfatiza o conceito de “situação”, entendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social (pessoa, grupo ou instituição que é capaz de agir produzindo fatos na situação), e abarca métodos a serem utilizados nos diferentes momentos do processo de planejamento: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional.<sup>43</sup> (Teixeira, 2010). Tem um viés voltado à construção de consensos acerca dos problemas a se enfrentar.

---

<sup>42</sup> Esta última vertente não será aprofundada, apenas as duas primeiras em virtude de sua pertinência e utilização na área da saúde.

<sup>43</sup> “O PES é desenvolvido por meio de quatro momentos: o explicativo, cuja realidade é descrita a partir do problema selecionado, buscando identificar as razões do problema e os nós críticos; o normativo, em que há a identificação dos atores que integram o problema e dos recursos disponíveis e faz-se a projeção do cenário; o estratégico, em que a análise situacional encontra-se focada na construção de viabilidade; e o tático-operacional, momento de implementação das ações propostas e de adequação.” (Teixeira, 2010, pág. 37)

“A concepção situacional sugere a adoção de uma visão de múltiplos atores e supõe a adoção de ações estratégicas e comunicativas entre eles, visando à construção de consensos para enfrentamento de problemas e para o alcance de objetivos.” (Luz, 2013, pág. 37)

O planejamento situacional é entendido por Giovanella (1991) como uma evolução do pensamento crítico dos anos sessenta em relação ao planejamento econômico e pode ser considerado como uma vertente do planejamento estratégico de saúde, pois têm influenciado atuações de planejamento em saúde, mesmo que nem sempre de maneira bem sucedida.

“Este enfoque vem sendo incorporado ao debate, à reflexão e ao processo de elaboração metodológica da planificação em saúde por vários estudiosos e técnicos em diversos países, inclusive no Brasil” (Teixeira, 2010, pág. 31)

Já nas Propostas Programático-Estratégicas, Mário Testa, pensador latino-americano, colaborador da OPAS e tendo auxiliado na elaboração do Método CENDES, diante da reflexão do modelo instituído, formulou a proposta do Pensamento Estratégico em Saúde. Ele pensa o problema do Poder como questão central do planejamento de saúde. Seu ator privilegiado é a classe/grupo/força social/movimento, e não o governo. Ao considerar a determinação social do processo saúde-enfermidade, identifica os problemas de saúde como integrantes da totalidade social.

Segundo Luz (2013) por entender o processo saúde-doença como um fenômeno social e não meramente biológico, em sua proposição de planejamento em saúde, ele enfatiza a importância da participação de diversos atores na elaboração das propostas programático-estratégicas, pois possibilitaria a acumulação de poder aos dominados e a mudança nas relações de poder, por meio da formação de uma consciência sanitária social e de classe.

Testa propõe um modo de entender os problemas de saúde e os processos de planejamento, considerando o setor saúde inseparável da totalidade social. Ao enfatizar a análise das relações de poder e a compreensão das práticas de saúde, redonda em um novo modo de pensar a saúde, colocando a valorização e a formação de sujeitos sociais como ponto importante para o processo de

desenvolvimento de políticas de saúde<sup>44</sup>.

Segundo Teixeira (2010), as reflexões de Mario Testa oferecem elementos tanto conceituais quanto metodológicos (como o “postulado da coerência<sup>45</sup>) que podem ser utilizados como ponto de partida para a definição de modelos de análise de processos políticos específicos como, por exemplo, formulações de planos e programas de saúde<sup>46</sup>.

Segundo Toni (2004), o planejamento estratégico surge, portanto, como alternativa aos métodos tradicionais de planejamento, que são extremamente normativos, impessoais, e se dizem neutros, cujas estruturas geridas sob sua vigência em muito pouco abrem espaço para a tomada de decisão de maneira colegiada, haja vista a presença das hierarquias verticais, centralização de poder e pouca, ou quase nenhuma, participação coletiva no processo de gestão.

É importar sinalizar que o planejamento em saúde passa a ser visto como campo de saber complexo, e que a consolidação da cultura do planejamento dentro das instituições se volta ao fortalecimento dos sistemas e de serviços de saúde. O próprio Ministério da Saúde no Brasil (BRASIL, 2009a) reconhece que o planejamento detém enorme potencial para viabilizar o alcance de resolubilidade e se configura como ponto estratégico para qualificação da gestão do SUS. (Luz, 2013)

---

<sup>44</sup> Testa divide o planejamento em duas partes: o diagnóstico em saúde e as propostas programático-estratégicas. O diagnóstico faz análise da realidade de saúde da população e observa três aspectos: o administrativo que procede a enumeração e a quantificação da população, das doenças, das mortes e dos recursos disponíveis; o estratégico que consiste na análise das relações de poder no setor, das desigualdades na situação de saúde entre grupos sociais e da distribuição de poder nos serviços de saúde; e o ideológico que analisa a ideologia dos grupos sociais. A partir da síntese diagnóstica há elaboração de propostas programático-estratégicas, com o objetivo de realizar ações de saúde para a mudança. (TESTA, 1995 *apud* VIEIRA, 2009)” (pág. 38)

<sup>45</sup> Testa formulou o chamado “Postulado da Coerência”, que permite estabelecer relações entre propostas políticas, materializadas em projeto contendo os propósitos de um dado governo, os métodos utilizados para concretizar esses propósitos e as instituições onde se realizam as atividades governamentais. Se constitui como um modelo de análise que pode ser aplicado ao estudo de processos de formulação e implementação de políticas de saúde.

<sup>46</sup> A terceira vertente do planejamento estratégico, a chamada já a Proposta de Medellin, não será alvo de nossas atenções nesse momento, porém, cabe apontar que foi encabeçada por Emiro Trujillo Uribe e Juan José Barrenechea e entende o planejamento como um processo social complexo, reconhecendo a existência de interesses conflitivos e as problemáticas quanto ao acesso aos serviços e aos riscos de agravo à saúde, porém, não reflete quanto a determinação dos conflitos e desigualdades.

Quanto ao Planejamento estratégico e sua influência no campo da saúde é preciso se questionar se esse tipo de planejamento, por mais apropriado que possa parecer tecnicamente, permite reconhecer ou possibilita considerar que as disputas de poder envolvidas no campo da gestão da política de saúde se relacionam com a própria luta de classes, ou se essa estratégia de planejamento se volta e se restringe mais à conciliação de interesses e às possibilidades de aumento da governabilidade.

No Brasil, o desenvolvimento do processo de gestão e planejamento em saúde se dá justamente sob a influência desses enfoques teórico-metodológicos, inicialmente do método CENDES/OPAS e posteriormente, de forma mais acentuada, do planejamento estratégico, em especial o situacional de Carlos Matus.

#### **4.3 Gestão em Saúde no Brasil e a Sistematização dos Instrumentos de Planejamento do SUS**

Conforme abordamos no item anterior, o tema da gestão começa a se desenvolver no campo social na América Latina por volta da década de 1940, a partir de teorias desenvolvimentistas, um arcabouço extremamente economicista e influência de organismos internacionais.

Teixeira, (2010) destaca que o planejamento em saúde na América-latina tem influência direta dos enfoques teóricos que privilegiam o debate dos aspectos políticos na esfera pública e buscam superar o enfoque economicista, embora este ainda esteja bastante presente. (Teixeira, 2010). No item anterior discorreremos sobre esses enfoques teórico-metodológicos, que são as principais contribuições em termos de elaborações teóricas sobre a temática do planejamento em saúde.

Ao nos depararmos com as reflexões de autores de referência da área de planejamento e gestão em saúde no Brasil como é o caso de Francisco Javier Uribe Rivera, ou Carmem Fontes Teixeira, estes reforçam que o planejamento e a gestão em saúde na América-latina e no Brasil se desenvolvem a partir de contribuições e influências dos enfoques teórico-metodológicos materializados, em especial, no chamado Método Cendes-Opas e no Planejamento Estratégico, protagonizado, em termos de formulação teórica, por Carlos Matus e Mário Testa.

Esses enfoques teórico-metodológicos se colocam como aporte para o desenvolvimento de correntes de pensamento desenvolvidas nas instituições acadêmicas da área de saúde coletiva no Brasil, materializadas em produções teóricas e compondo um bom acúmulo de produção teórico-metodológica de planejamento em saúde que, por sua vez, oferecem contribuições aos processos e práticas de planejamento no âmbito do SUS. (Teixeira, 2010), (Jesus e Teixeira, 2010)

Uribe e Artmann (2010) foram alguns dos autores que realizaram revisão sobre as principais correntes de pensamento vinculados ao campo acadêmico e voltados ao estudo da gestão e da área de planejamento em saúde no Brasil, identificando, em especial, quatro vertentes desenvolvidas por pesquisadores situados, respectivamente, na ENSP, USP, UNICAMP, ISC- UFBA (Teixeira e Jesus, 2010).

Todas essas vertentes são tributárias da reflexão crítica acerca dos aspectos políticos do processo de planejamento, programação e gestão em saúde, e podem oferecer elementos úteis no processo de construção de uma metodologia para o planejamento das ações em saúde, inclusive para elaboração do Plano de Saúde nos diferentes níveis de gestão (Teixeira e Jesus, 2010).

Ao revisitar essas vertentes, Teixeira e Jesus (2010) referem que a corrente identificada como “*Ações Programáticas em Saúde*”, representada pela produção do grupo vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da USP, no início dos anos 1990, enfatiza a “Teoria do Processo de Trabalho” em saúde; também se pauta na valorização da noção de necessidades de saúde, entre outras coisas.

A corrente de pensamento identificada com a produção teórica do grupo de pesquisa em planejamento e programação da ENSP, parte da crítica da obra de Carlos Matus realizada por Francisco Javier Uribe Rivera à luz da Teoria de Ação Comunicativa de Junger Habermas.

O grupo identificado com o Laboratório de Análise e Planejamento do DMP da UNICAMP, atualmente desfeito, construiu uma tradição de estudos e elaboração de propostas derivadas da reflexão sobre Gestão em saúde que também pode iluminar as análises sobre o processo decisório em saúde. Os conceitos e métodos derivados desses estudos podem ser utilizados como referencial para a construção de processos de planejamento participativo que contemplem o envolvimento de

atores políticos diversos, como gestores, profissionais e trabalhadores de saúde e representantes dos usuários.

Outra corrente é aquela que se identifica com os direcionamentos do grupo de docentes e pesquisadores ISC-UFBA, que trabalha com a noção de Vigilância da Saúde,

“entendida como uma proposta de organização do conjunto de práticas que possam vir a dar conta da integralidade da atenção à saúde, inserindo-se, assim, no debate sobre as estratégias de mudança dos modelos assistenciais no âmbito do SUS (Teixeira e Jesus, 2010, pág. 42).

Essa vertente incorpora o *planejamento estratégico-situacional* no processo de reorientação das práticas de atenção à saúde, dando bastante ênfase ao desenvolvimento de processos de análise da situação de saúde da população nos territórios, subsidiando, assim, a reorganização do processo de trabalho nas unidades que compõem a rede de serviços.

Segundo Teixeira e Jesus (2010) essa corrente tem tido grande relevância no processo de planejamento em Saúde no Brasil, em que seu desenvolvimento conceitual e metodológico vem se dando desde a década de 1980, desde o contexto de implantação dos Distritos Sanitários no período de implantação do SUDS, passando pelo processo de municipalização predominante na década de 1990, até mais recentemente, marcando os esforços de aperfeiçoamento e difusão da proposta no contexto do Sistema de Planejamento do SUS, o PLANEJASUS, desenvolvido e elaborado nos anos 2000 já sob vigência do Governo Lula, o qual abordaremos mais à frente.

Os autores ratificam que essa corrente de pensamento tem como ponto de partida o enfoque do planejamento estratégico-situacional e assimila conceitos e instrumentos de trabalho, considerando sempre a importância do enfoque epidemiológico ao processo de formulação e implementação de políticas, planejamento, gestão e avaliação de sistemas, programas, planos, projetos e serviços de saúde.

Fato é que, os marcos formais contemporâneos de gestão e planejamento em saúde no Brasil e seu desenvolvimento, em especial do ponto de vista metodológico e técnico, se estabelecem com as marcas e as influências dos já abordados enfoques teóricos-metodológicos e dessas correntes de pensamento

vinculadas às diferentes linhas de estudo e pesquisa no Brasil, além, é claro, das influências dos organismos internacionais.

Entretanto, essas contribuições teórico-metodológicas não tiveram influência no processo de organização da estrutura de planejamento em saúde no Brasil à despeito do contexto de desenvolvimento nacional, já que os diferentes contextos históricos, em termos de desenvolvimento econômico e social, impactam e/ou exigem diferenciadas formas de atendimento e organização do sistema.

Tomando o contexto da planificação aplicada ao campo social como referência, veremos que o planejamento governamental no Brasil historicamente tem relação com o contexto social e econômico de desenvolvimento do país. Começou a ser realizado de forma mais sistematizada na década de 1940, com o Plano Salte (1948), passando pelo Plano de Metas de Juscelino Kubitschek (1956-1961), Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (1963-1965) no Governo João Goulart. Durante o período de Regime Militar alguns outros Planos foram elaborados visando contemplar e impulsionar o crescimento econômico e conter a inflação. Destaca-se, nesse período, a criação dos Planos Nacionais de Desenvolvimento I e II que demonstram a incorporação de concepções derivadas do pensamento estratégico. Em especial o Plano II já trás uma preocupação com o investimento em desenvolvimento social, gerando a criação e implementação de alguns programas voltados para área da saúde,

Talvez a primeira experiência de grande magnitude que articulou a programação de ações territoriais de “atenção primária à saúde” com participação da população das áreas rurais nordestinas na construção de soluções simplificadas de abastecimento de água e destinação dos dejetos, ao lado de ações de educação sanitária e assistência a grupos populacionais prioritários como o materno-infantil. (Teixeira, 2010, pág. 10).

Em meados da década de 1970, em meio às lutas pela redemocratização do país, evidenciou-se o acirramento da crise no setor da saúde, porém, de contrapartida, Teixeira (2010) afirma que esse contexto favoreceu, do ponto de vista do planejamento, a elaboração de um conjunto de propostas de reforma do setor, como por exemplo, o PREV-SAÚDE (que não foi implantado) e depois as Ações Integradas de Saúde (AIS), entendido pela autora como o embrião do processo de implantação do Sistema Unificado de Saúde (SUDS) já no contexto da redemocratização no governo de José Sarney. (Teixeira, 2010)



Apesar de todos os esforços de planificação e de organização do sistema de saúde no Brasil desde a década de 1940 até a década de 1980, é somente após a transição democrática e o advento de um novo pacto federativo e constitucional que o “planejamento” ganhou relevo no campo da saúde. A organização e o fortalecimento do movimento pela Reforma Sanitária, a realização da emblemática 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a incorporação dos princípios e diretrizes desse movimento na Constituição Federal de 1988, base para elaboração das Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90) foram aspectos extremamente importantes do ponto de vista do processo de desenvolvimento do planejamento em saúde no Brasil, tanto no que diz respeito à incorporação de concepções e métodos na formulação de políticas, planos e projetos, quanto no que se direciona aos métodos, instrumentos e técnicas de programação das ações no campo da saúde. (Teixeira, 2010)

Teixeira (2010) também aponta o fato de que muitos foram os entraves para que o planejamento se institucionalizasse e fizesse parte da cultura organizacional dos órgãos públicos, já que as instituições eram marcadas por fortes traços patrimonialistas, clientelistas e pelo amadorismo gerencial, características bastante presentes no Estado brasileiro e no campo da administração pública no Brasil em virtude das particularidades de sua formação social e cultural. Assim, as concepções e propostas metodológicas do planejamento em saúde foram se difundindo num processo que incluiu experimentação, críticas e aperfeiçoamentos no contexto do desenvolvimento e intensificação da construção do SUS.

Com a proposta do SUS já implantada, novos esforços de pesquisa, elaboração e implementação de propostas conceituais e metodológicas de planejamento e programação, gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde foram realizados.

Portanto, para além das influências e contribuições do ponto de vista teórico-metodológico, o processo de organização e estruturação da gestão em saúde no Brasil atualmente é marcado, também, do ponto de vista conceitual e ideológico, pelos fundamentos e legislações que dão materialidade ao SUS.

Isso porque, a reestruturação do setor saúde no Brasil, que nasceu da proposta da Reforma Sanitária Brasileira, originada do movimento sanitário, e que se concretizou com o processo constitucional propôs novas políticas e novos modelos de organização do sistema de atenção à saúde. Dentre as mudanças introduzidas

no setor saúde a partir desse movimento destaca-se a tentativa de torna-lo mais democrático, acessível, universal e a necessidade de consagrar uma concepção ampla de saúde. (Luz, 2013)

As principais linhas de avanço sobre o processo de reorganização do sistema de saúde no Brasil se moldaram pautadas em novos princípios e diretrizes consubstanciados na Constituição Federal de 1988, que concretizou no campo político, jurídico e formal a saúde como um dever do Estado e direito de todos. (Luz, 2013). Inclusive, um dos grandes avanços do pós constituição em relação aos períodos anteriores foi justamente a responsabilização legal do Estado, que passa a se tornar figura central no que se refere às ações em saúde, a organização desse sistema, pela gestão do mesmo e o planejamento de ações.

Desde a regulamentação do SUS, diversas leis, normas e portarias foram construídas com o objetivo de consolidar o sistema de saúde brasileiro, cumprir seus princípios e suas diretrizes, fomentar e desenvolver a gestão e o planejamento, garantir integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e às ações de saúde de acordo com suas necessidades. Com relação à gestão e organização da rede de serviços e do sistema, alguns documentos podem ser citados, como a própria Lei 8.080/90 que estabelece a necessidade da gestão se realizar de forma ascendente e trás a necessidade de realização de Planos de Saúde nas três esferas de gestão, as Programações Anuais de Saúde e regula sobre a importância da gestão em saúde estar vinculada às leis de orçamento.

A Lei n. 8.142 que estabelece o funcionamento dos Conselhos de Saúde, com a participação de usuários, trabalhadores e prestadores de serviço e vincula a sua existência nos três níveis de gestão como um dos critérios para o repasse de verbas; com o mesmo objetivo, estabelece como requisito para a distribuição de recursos Planos de Saúde e Relatórios de Gestão que permitam o controle dos investimentos previstos nas programações. (Luz, 2013), demonstrando a relação entre gestão, controle social e financiamento.

Também tem a Norma Operacional Básica (NOB-SUS 1993), que estabelece um novo modelo de pactuação federativa no campo da saúde e consolida o papel dos Conselhos de Saúde, atribuindo aos conselhos a responsabilidade pela aprovação dos planos de saúde, em que o recebimento de recursos financeiros fica atrelado à existência e funcionamento dos conselhos.

Em 1996 foi publicada nova Norma Operacional Básica-NOB-SUS 1/96, que instituiu novo elemento no processo de planejamento que é a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, se constituindo como avanço para a organização do SUS e a oferta de serviços.

Posteriormente, foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001) que ampliava o papel dos municípios na atenção básica e estabelecia o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal (Luz, 2013, pág. 40)

Essas são algumas das legislações que se relacionam com o processo de gestão do SUS e de organização do sistema. Entretanto, dentro das diversas possibilidades de abordar a temática da gestão da saúde, nos chama atenção aquela que direciona para a questão do “planejamento”, posto que já apontamos que, embora gestão e planejamento em saúde não sejam exatamente a mesma coisa, a gestão no âmbito do SUS tem no planejamento uma das suas funções privilegiadas.

Desde a criação do SUS e sua regulamentação, houve a preocupação em inserir o planejamento em saúde como eixo principal para qualificação da gestão em todas as esferas, e o planejamento “configurou-se objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS e o Ministério da Saúde passou a ter um papel fundamental na formulação de processos e de métodos de planejamento e gestão.” (Luz, 2013, pág. 47).

Assim, o desenvolvimento conceitual e metodológico do planejamento em saúde foi algo presente ao longo dos 20 anos após a criação do SUS. Porém, foi após o ano de 2006 que se passou a dispor de um processo mais integrado de planejamento capaz de apoiar os gestores na condução do SUS.

Dentro desse entendimento, o acúmulo de experiências e das práticas de planejamento no SUS desdobrou-se, no contexto mais recente (especificamente no governo Lula) na elaboração no âmbito da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, de uma estratégia de organização do setor conhecido como “sistema de Planejamento do SUS- PlanejaSus”, que objetiva concretizar o sistema e criar condições de articular os processos de planejamento nas três esferas de gestão do SUS. Teixeira (2010).

Para falar do PlanejaSUS e dos instrumentos de planejamento em saúde por ele sistematizados (os quais constituem objeto de nossas análises) considero importante abordar que a construção de um sistema de Planejamento do SUS ficou evidente durante o processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde 2004-2007. O Planejasus foi construído a partir de um processo que inclui de forma importante o Conselho de Saúde, e ele é um dos desdobramentos de um outro documento do mesmo ano: o “Pacto pela Saúde 2006” (Portaria nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006 - *Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*”).

Tomando os apontamentos realizados pelo texto da Portaria 399/2006 do Pacto pela Saúde, esse pacto tem como pressuposto a necessidade de estabelecer ações de fortalecimento e cumprimento de diretrizes do SUS como a regionalização, hierarquização; princípios e diretrizes da universalidade do acesso, integralidade da atenção, descentralização político-administrativa; ele leva em consideração a necessidade de pactuação intergestores, assim como a definição e qualificação das responsabilidades sanitárias e as de gestão dos entes federativos, e a definição de compromisso entre os gestores em torno de ações prioritárias; visa que todos esses fatores confluem na direção e na intenção do compromisso com o fortalecimento e consolidação do processo da Reforma Sanitária.

A Portaria 399/2006, aponta que foi com o objetivo e a perspectiva de superar as dificuldades existentes no âmbito da operacionalização do SUS<sup>47</sup> que o Pacto pela Saúde foi construído. Ele é composto por três direções: “Pacto pela Vida”, “Pacto em Defesa do SUS” e “Pacto de Gestão do SUS”.<sup>48</sup> Em nosso entendimento,

---

<sup>47</sup> O Pacto pela Saúde afirma em seu anexo I que, apesar do grande avanço no que tange ao atendimento à população, alguns desafios e entraves precisam ser superados, dentre os quais há destaque para a impossibilidade de se criar normas gerais para um país tão grande e desigual além da fixação de conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

<sup>48</sup> De acordo com a Portaria 399/2006 no item I, “O Pacto pela Vida” está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.”. No item II “O Pacto em Defesa do SUS” envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

esse pacto abre um novo campo de discussão para a gestão no âmbito do SUS, trazendo a possibilidade de consolidação de uma forma mais estruturada de gestão.

O Item III consta que o Pacto pela Gestão toma como pressuposto a necessidade de estabelecimento de responsabilidades claras para cada ente da federação, fortalecendo a gestão compartilhada e reforçando as diretrizes de descentralização, regionalização, entre outros.

O Pacto Pela Saúde e sua Portaria (399/2006) se compõem como base da justificativa para uma outra Portaria, a N° 3.085/2006, a qual, portanto, regulamenta o sistema de planejamento do SUS, o PlanejaSUS. Esta Portaria nos dá duas informações importantes em especial: Primeiro, sinaliza quais são os instrumentos básicos do sistema de gestão do SUS; segundo, informa que esses instrumentos se consolidam à nível de “Planejamento”. Essa Portaria ficou em Vigência de 2006 a 2013, quando foi revogada pela Portaria GM/MS N° 2135 de 25/09/2013, vigente atualmente, a qual *Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)* e determina em seu Art. 2° quais são os instrumentos de planejamento do SUS.

“O Sistema de Planejamento do SUS, PlanejaSUS, foi pensado como forma de prover ferramentas para o desenvolvimento do planejamento estratégico de forma contínua e para elaboração dos instrumentos de gestão” (Luz, 2013, 47). Tem como objetivos:

“Pactuar as diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS; formular metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento; implementar e difundir a cultura de planejamento que qualifique as ações do SUS nas três esferas; promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS; e monitorar e avaliar o processo de planejamento.”(LUZ, 2013, pág. 42)

A Portaria N° 2135 de 25/09/2013 define os três instrumentos para operacionalização do planejamento do SUS. São eles: o Plano de Saúde (OPS) (que deve abordar as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos), Programação Anual de Saúde (PAS) (que deve operacionalizar as intenções expressas no PS, apontando o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à gestão do SUS), e o Relatório Anual de Gestão (RAG) (que deve registrar os resultados alcançados com a execução da PAS e orientar eventuais mudanças que se fizerem necessárias). São instrumentos

interdependentes e indissociáveis, favorecendo a dinâmica do processo completo de planejamento. Tal organização apresenta ligação com a Teoria do Planejamento Estratégico. (Luz, 2013)

Para complementar as reflexões sobre a gestão governamental da saúde a partir do aparato legal do Estado cabe destacar que, não por acaso, do ponto de vista da planificação, foi evidente o esforço de aperfeiçoamento da gestão e do planejamento em saúde no Brasil a partir dos anos 2000, em plena gestão dos governos PT. Acreditamos que esse processo tenha acontecido não só para dar conta das necessidades da saúde postas naquele contexto, mas se efetivaram em consonância com as orientações dos organismos internacionais que tiveram, no período de Governo PT (em que o planejamento em saúde passou pelo período de maior sistematização), grande influência na organização da agenda política e das Políticas Sociais internamente ao orientar as plataformas políticas dos Estados nacionais na direção dos ditames internacionais de desenvolvimento e expansão do capital.

Ao mesmo tempo em que o processo de sistematização do planejamento em saúde manifesta relevância do ponto de vista da operacionalização do SUS, é preciso se questionar se esse processo de maior racionalização tem mais relação com um direcionamento político e econômico que objetivou organizar o setor de modo a encontrar meios de contemplar a perspectiva de mercado, ou se direciona, de fato, a perspectiva posta originalmente pelas bases de sustentação do SUS.

Por esse motivo, é de suma importância pensar a política de saúde em sua relação com o contexto em que se insere, em especial, levando em consideração o direcionamento estabelecido pelo governo central no período de vigência.

#### **4.4 A Definição do Objeto de Análise: os Instrumentos de Planejamento da Saúde em sua Relação com os Instrumentos de Gestão Governamental**

Em 2009, um novo documento foi publicado pelo Ministério da Saúde, junto com a Organização Pan-Americana de Saúde, sob o título “Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização”. Esse documento, reafirma os instrumentos de

planejamento em Saúde, define os objetivos, conceito e caracterização do PlanejaSUS, e confirma a influência dos organismos internacionais no âmbito da Política de Saúde, em especial, a Organização Pan-Americana de Saúde, responsável pelo antigo Método CENDES/OPAS.

São instrumentos de planejamento do SUS comuns às três esferas de Gestão: Plano de Saúde (PS) e as respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS); e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG).

O Plano de Saúde se configura como o Instrumento que parte da análise situacional da saúde e apresenta as intenções e os resultados a serem esperados dentro do período de quatro anos, se expressa em objetivos, diretrizes e metas. Sua formulação deve contemplar o processo de participação. (segundo orientações do “O documento *Sistema de Planejamento do SUS – Uma construção coletiva*, que teve sua segunda edição publicada pelo Ministério da Saúde em 2009”).

A Portaria 3332/2006 indica que a análise situacional e a formulação das metas, objetivos e diretrizes deve ter como eixos: as condições de saúde da população (a partir de informações relacionadas ao perfil demográfico -crescimento populacional, índice de envelhecimento, taxa bruta de mortalidade, esperança de vida ao nascer etc.-, aos dados socioeconômicos -renda, taxa de desemprego, taxa de analfabetismo, IDH etc.- e aos dados epidemiológicos - mortalidade por causa, morbidade, grupos vulneráveis etc.), os determinantes e condicionantes de saúde (deverão ser identificadas medidas intersetoriais e sua integração com o setor saúde nos espaços de formulação, de implementação e de monitoramento de políticas públicas), e a gestão em saúde (deverão ser analisados pontos relacionados ao planejamento, descentralização, financiamento, participação social, gestão do trabalho e educação em saúde, infraestrutura e informação em saúde).

O segundo instrumento proposto pelo PlanejaSUS é a Programação Anual de Saúde (PAS), e o mesmo é realizado anualmente, coincidindo com o período definido para o exercício orçamentário. O propósito da PAS é determinar as ações a serem desenvolvidas para concretizar os objetivos definidos no PS, que devem estar em consonância com a *Lei de Diretrizes Orçamentárias* e a *Lei Orçamentária Anual* e deve contemplar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Os seus resultados compõem o terceiro instrumento proposto: o Relatório Anual de Gestão (RAG).

O RAG deve ser elaborado em conformidade com a PAS e indicar eventuais necessidades de ajustes no PS. Esse relatório é também instrumento das ações de auditoria e controle, além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolve também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano, registrando avanços obtidos, os obstáculos encontrados e as medidas desencadeadas.

Em 2002, bem antes da sistematização da proposta de planejamento do SUS (PLANEJASUS), o Ministério da Saúde lançou um documento intitulado “Instrumentos de Gestão da Saúde”, que aborda um ponto importante quanto ao processo de gestão e planejamento em saúde, que diz respeito a importância de atrelar ao fluxo dos instrumentos de gestão em saúde os próprios instrumentos de planejamento dos governos, em que ele destaca o Plano Plurianual (PPA), A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

“É através da interação entre os Instrumentos de Gestão em Saúde e os Instrumentos de Planejamento do Governo, nas três esferas, que se dará efetividade à política de saúde.” (MS, 2002. p. 12)

Esses instrumentos legais de planejamento governamental são estabelecidos e criados pela Constituição Federal de 1988, e são direcionados a todos os órgãos da administração pública, tendo por finalidade possibilitar a programação dos recursos financeiros necessários à execução das atividades em cada setor (VIEIRA, 2009), (Luz, 2013, pág. 43). Esses instrumentos de gestão governamental fazem parte do processo de gestão das Políticas públicas e das ações do Estado como um todo, e atravessam o campo da saúde, sobretudo em função das questões de financiamento e orçamentárias.

Apesar disso, por compreender que a questão orçamentária abre um caminho de análises extremamente complexas, cujo desenvolvimento demandaria mediações à parte que envolvem, inclusive, as particularidades do estudo do próprio Fundo Público, no presente trabalho não abordaremos os instrumentos de gestão de cunho orçamentário, e englobaremos apenas os que contemplam a direção do Plano de Governo, quais sejam: O Plano Plurianual, e, complementarmente, o “Planejamento Estratégico do Governo Federal”, ambos elaborados quadrienalmente pelo Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPOG) os quais apresentam as orientações políticas do governo federal para o espaço de tempo de duração de um



mandato e que servem de ponto base para todo o planejamento da administração pública dentro do período, influenciando no planejamento das Políticas Sociais.

Como observação final, é importante destacar que o período de governo de Michel Temer, em virtude de se estabelecer como fruto de um processo de Impeachment da então Presidente Dilma Rousseff não contempla um mandato inteiro de governo. Pensando nisso, com relação aos instrumentos elaborados com periodização anual (a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão) contemplarão o ano-base 2018. E, os instrumentos de periodização quadrienal, estão sujeitos á atualizações durante o quadriênio, as quais abordaremos ao longo das análises do próximo item.

Portanto, considerando que a gestão da saúde e a efetividade da política de saúde se dão a partir da relação entre os instrumentos de planejamento do SUS em sua relação com instrumentos de gestão governamental, foram contemplados, os seguintes instrumentos governamentais:

- Plano de Saúde – Elaboração quadrienal – 2016-2019
- Programação Anual de Saúde 2018 – Elaboração anual (cujas bases legais para sua elaboração são a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual)
- Relatório Anual de Gestão 2018 – Elaboração anual
- Planejamento Estratégico do Governo 2016-2019 – Elaboração quadrienal
- Plano Plurianual 2016-2019 – Elaboração quadrienal

O objetivo do nosso trabalho se volta a refletir sobre a gestão da Política de Saúde no Período Governamental do Pós Golpe de 2016, no governo de Michel Temer. Partimos do pressuposto de que a gestão estatal, pode tanto ter a direção de aprofundamento e expansão dos direitos e da universalidade, com primazia pela reafirmação dos princípios constitucionais, quanto pode direcionar os rumos das políticas sociais de modo a fortalecer os processos da valorização do capital, reafirmando a prevalência da lógica do mercado sobre a lógica do direito e aprofundando os processos de dominação.

Para efeitos de contextualização, aponta-se que essa segunda direção compõe predominantemente a função original tanto do Estado quanto da gestão sob a égide das relações sociais capitalista, e que a possibilidade de ampliação da

dimensão universalista do Estado passa, necessariamente, pelo contexto da luta de classes e do fortalecimento dos processos de luta da classe trabalhadora.

Nossas análises se voltam a um contexto social brasileiro muito específico, colocado no pós Golpe de 2016, em uma gestão governamental que, consequência de um impeachment (golpe), durou de meados do ano de 2016 ao ano de 2018. Embora esse tempo de gestão tenha sido mais breve que o normal, entendemos que ele merece distinta atenção, pois compreendemos que ele tanto é expressão de um processo político e de amplas articulações extremamente complexas quanto se coloca como condição para a realização dos rearranjos necessários à dinamização do capital e reorganização da estrutura de poder naquele contexto que sinalizava estagnação e crise, tanto econômica, quanto política e de legitimidade.

Apointa-se que, como desdobramento dessa reorganização da estrutura da expansão do capital e da dominação internamente, evidenciou-se de imediato uma gestão que sinalizava para o recrudescimento das políticas sociais e dos direitos, os quais já eram parcos e vinham sob desmonte progressivo.

No que tange à política de saúde, já realizamos alguns e importantes apontamentos, em especial, sinalizamos a brutalidade da aprovação da EC 95/2016 que contempla um processo de desfinanciamento que inicia em 2017 e se estende para os próximos vinte anos.

Buscando refletir sobre a dimensão ético-política (ou finalística) posta pelo Estado nesse período no que tange à gestão da política de saúde tendo como ponto de partida a própria estrutura técnico-normativa e burocrática do Estado, nos propusemos a realizar tais análises a partir dos chamados “instrumentos de planejamento do SUS” e dos instrumentos de gestão governamental, tendo como categorias centrais de análise: Conceito de saúde; controle social; relação público-privado; modelos de atenção.

Como já apontamos anteriormente, os documentos relativos aos instrumentos de planejamento do SUS contemplados nas análises foram: Plano Nacional de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão; e os instrumentos de gestão governamental foram: Planejamento Estratégico do Governo Federal e Plano Plurianual com suas respectivas atualizações.

Em que pesem as particularidades do tempo e do período de vigência do governo pós Golpe/Temer, consideramos necessário realizar um balanço breve

sobre a organização dos instrumentos de planejamento do SUS e os de gestão governamental nesse período.

Sendo assim, segue a dinâmica desses instrumentos no período de análise.

### **LÓGICA DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS:**

- Plano Nacional de Saúde: Quadrienal; O Plano em análise compreende o quadriênio 2016-2019. Foi realizado em 2015, no primeiro ano do mandato de Dilma Rousseff e se estende até o primeiro ano de mandato de Jair Bolsonaro; não foi realizada atualização desse plano pela gestão Temer<sup>49</sup>.
- Programação Anual de Saúde: Tomamos o ano de 2018 como ano-base para o instrumento em questão, pois é a Programação Anual mais recente do governo Temer; foi elaborado no final de 2017 e compreende as ações para o ano 2018, o último da sua gestão;
- Relatório Anual de Gestão: O ano-base selecionado foi 2018 por se compatível com a PAS 2018.

### **LÓGICA DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO GOVERNAMENTAL:**

- Planejamento Estratégico do Governo Federal: O Plano em análise é aquele referente ao quadriênio 2016-2019, cuja particularidade é a seguinte: apesar de ter sido iniciado em 2015 na gestão de Dilma Rousseff (como tem que ser) só foi finalizado e lançado em 2016 já na gestão de Michel Temer. Esse PE se estenderia até o primeiro ano de mandato de Jair Bolsonaro; Entretanto, foi emitida uma versão atualizada em 2018. Ou seja, a gestão Temer tanto lançou a versão original como atualizou este Plano já no final de seu mandato, o que trás interferências, também, ao primeiro ano do mandato seguinte. Ambos os Planos

---

<sup>49</sup>No total, no site do Ministério da Saúde constam os seguintes PNS: 2004-2007, 2008-2011, 2012-2015, 2016-2019, dos quais apenas o de 2012-2015 recebeu atualização, feita em 2014. (<http://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/planos-programacoes-e-relatorios-de-gestao-do-sus>)

foram analisados (o original e a atualização)

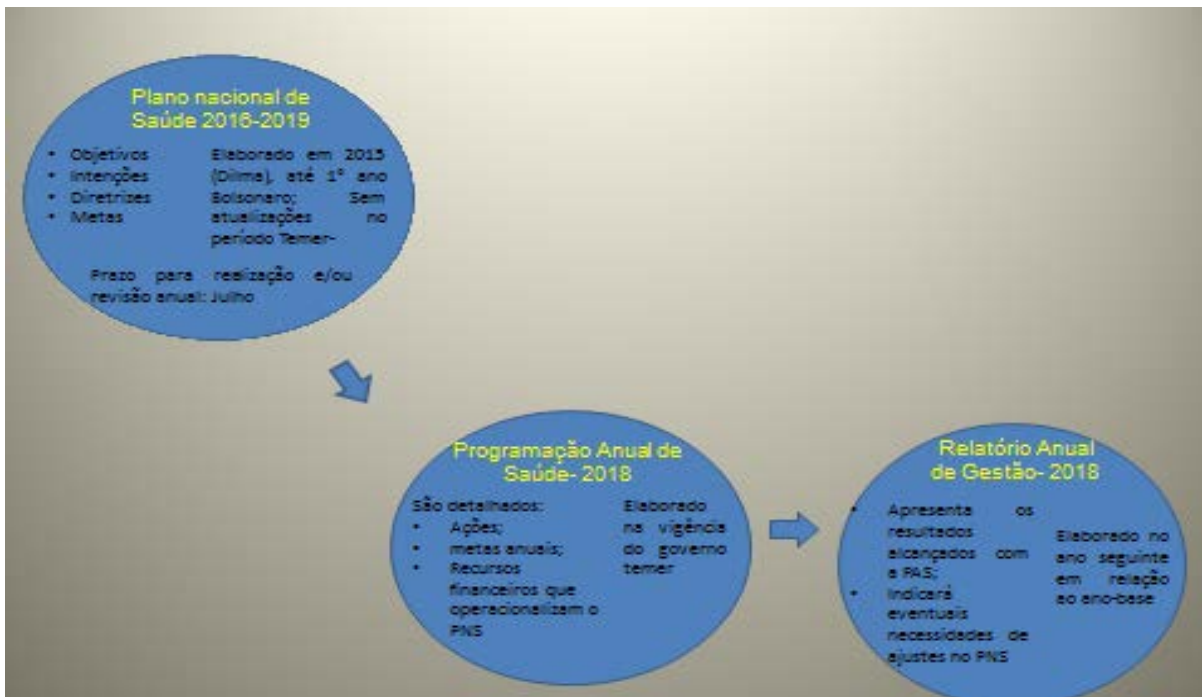
- Plano Plurianual: O documento analisado contempla o quadriênio 2016-2019, tendo sido realizado em 2015, no primeiro mandato de Dilma Rousseff e se estendendo até o primeiro ano de mandato de Jair Bolsonaro. Foi emitido um Relatório de Avaliação Ano-base 2017, na vigência de Temer. O PPA possui anexos dos quais nos coube analisar o ANEXO I (que trata dos Programas Temáticos, seus objetivos e metas), além da versão original, foi emitida uma versão atualizada desse ANEXO I em setembro de 2018 foram analisados.

Os desenhos abaixo demonstram de forma didática e de rápida visualização como se organizam os instrumentos de gestão governamental e os de planejamento do SUS no período de governo Temer<sup>50</sup>, inclusive pensando em sua ordem cronológica (ordem que foram lançados).

---

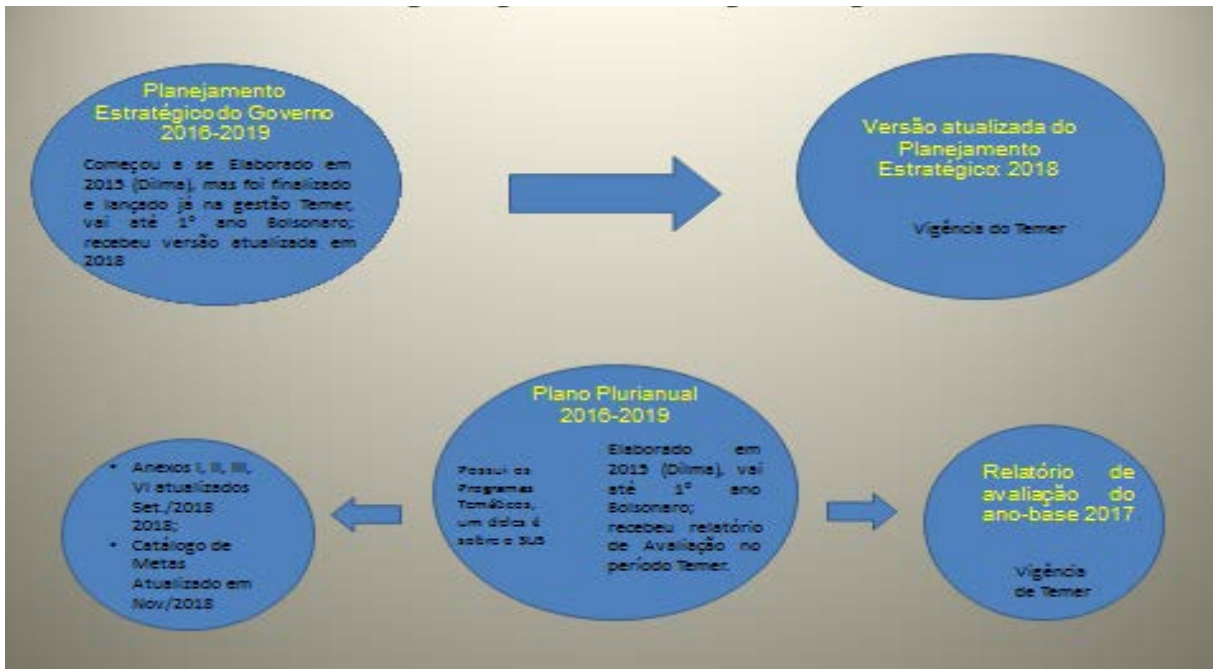
<sup>50</sup> Tivemos como base de pesquisa dos instrumentos de planejamento do SUS o portal online do Ministério da Saúde, o qual acompanhamos desde meados do ano de 2018 e pudemos notar que só no início de 2019 publicizou os Relatórios Anuais de Gestão de 2017 e 2018, e a atualização do Planejamento Estratégico do Governo Federal de 2018. Por esse motivo, foi possível trabalhar com os documentos mais recentes e atualizados da gestão Temer, que se referem ao ano-base 2018. A fonte de pesquisa dos instrumentos de gestão governamental foi o Site do Ministério do Desenvolvimento, Planejamento e Gestão.

Quadro 1 – Instrumentos de Planejamento do SUS (Governo Temer)



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018.

Quadro 2 – Instrumentos de Gestão Governamental (Governo Temer)



Fonte: MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO, E GESTÃO, 2008.

## **QUANTO AO MÉTODO DE EXPOSIÇÃO**

O processo de exposição das análises da pesquisa não é igual ao processo de pesquisa em si. Esta contou com uma análise complexa de todos os instrumentos, de forma dialogada e comparativa, não necessariamente em sua ordem cronológica ou de hierarquia. O processo de pesquisa e de comparação contemplou, também, a tabulação de diversos dados comparativos, os quais serão expostos em forma de quadros analíticos.

Já o processo de exposição aqui posto se dará da seguinte maneira: realizaremos a exposição da análise dos instrumentos quadrienais de forma individual, seguidos de nossas reflexões quanto aos pontos mais relevantes e no que diz respeito às nossas categorias de análise, contemplando algumas observações comparativas entre os instrumentos originais e os atualizados (quando houver).

Posteriormente, faremos a exposição de um balanço analítico geral e comparativo realizado entre os instrumentos de gestão quanto aos seguintes itens: indicadores, objetivos e metas (relacionadas à Política de Saúde), onde contaremos com a exposição de quadros analíticos.

Por fim, dentre os “objetivos” de saúde trazidos por esses instrumentos, destacamos 5 que consideramos ter maior relação com a nossas categorias de análise e fizemos o seu balanço referente ao ano-base 2018, levando em consideração a Programação Anual de Saúde, e o Relatório Anual de Gestão, considerando o alcance das suas metas no período.

## **QUANTO ÀS HIPÓTESES**

Estamos nos propondo a pensar a gestão da política de saúde a partir dos instrumentos de gestão governamental e de planejamento do Sus do período Temer, pós golpe de 2016.

Nesse sentido, Cabe recuperar que nosso trabalho conta com três hipóteses no que tange ao período em análise e sua relação com a temática da gestão em saúde:

1º- O Estado, em sua função de gestor, expressa, a partir de sua estrutura burocrática, técnico-racional e legal em saúde, uma dimensão ético-política (finalística) que aponta na direção da potencialização da acumulação do capital no atual contexto.

2º- Os instrumentos de gestão do período Temer possibilitam compreender quais as principais orientações governamentais que concretizaram na prática o aprofundamento do desmonte do SUS nesse período.

3º- A gestão governamental de Michel Temer direciona a saúde no sentido da radicalização da sua relação com o setor privado e de desmonte do SUS que repercute à curto e médio prazo.

#### 4.4.1 Reflexões sobre a gestão em saúde no Brasil a partir dos instrumentos de planejamento do SUS e de gestão governamental no pós golpe de 2016

Conforme sinalizamos, iniciaremos pela análise individual dos instrumentos quadrienais, e o primeiro deles, para dar o tom das direções gerais do governo, será o Planejamento Estratégico 2016-2019.

O Planejamento Estratégico<sup>51</sup> objeto de nossas análises compreende o quadriênio 2016-2019. Apesar do mesmo ter sido iniciado em 2015, primeiro ano de mandato de um novo governo (Dilma), como tem que ser, o mesmo só foi concluído e lançado em 2016, já sob a vigência do Governo de Michel Temer, e do Ministro Dyogo Henrique de Oliveira, na ocasião, interino.<sup>52</sup> Isso nos permite afirmar que o PE 2016-2019 e a organização do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e

---

<sup>51</sup> O Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, responsável tanto pela elaboração do Planejamento Estratégico quanto pela elaboração do Plano Plurianual é um órgão integrante da Administração Direta Federal.

<sup>52</sup> Inclusive, este Planejamento Estratégico já apresenta o MP sob uma estrutura modificada (Ministério de Desenvolvimento, Planejamento e Gestão), cuja alteração se deu em Agosto/16, após ter entrado em vigência o Decreto nº 8.818, de 21 de julho de 2016.

Gestão desse período podem ser atribuídos à gestão de Michel Temer. Além disso, ainda nessa gestão foi realizada uma Versão atualizada do PE (2018), que já incorpora na estrutura do MP novas modificações.<sup>53</sup>

O Planejamento Estratégico 2016-2019, em sua parte de “contextualização”, realiza um balanço sobre a economia interna no período recente, fazendo referência à extrema oscilação da Taxa de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) per Capita no Brasil destacando os anos de 2016 e 2017 (enquanto estimativas do FMI) como períodos de queda muito expressiva e acentuada e inédita nos anos 2000.

A partir desse dado o documento começa a trazer uma narrativa que relaciona o processo de queda do crescimento com a sensação de risco, com o encurtamento do horizonte de planejamento e o fato da queda do crescimento afetar negativamente as decisões de investimento, consumo e poupança. Afirma que o país vive lentos avanços em termos de produtividade, investimento e indicadores de pobreza.

Com isso busca atribuir ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão a potencialidade para alterar esse quadro, tanto pela criação de um ambiente propício à inovação das práticas de planejamento e gestão, quanto pelo aperfeiçoamento dos mecanismos de ação e modernização do Estado.

Assim, nota-se que o documento tem uma estratégia clara de narrativa e argumentação: ele apresenta um dado econômico desfavorável ao período recente (2016 e 2017), informa que há uma queda de crescimento do país e busca elencar os motivos dessa queda para, na sequência, apresentar o que considera ser parte da solução, trazendo, entre outras coisas, a proposta de modernização do Estado e a procura pela melhoria da relação entre qualidade dos serviços e gastos.

O documento afirma que é necessário “superar os gargalos” e buscar soluções que viabilizem a ação estatal, tanto na entrega de serviços públicos de qualidade, quanto na capacidade de indução ao setor privado para a realização de investimentos.

As questões destacadas mostram que o documento realiza uma espécie de programa de governo. Demonstra a intenção de firmar a relação entre o público e os

---

<sup>53</sup> Referentes ao Decreto nº 9.035, de 20 de abril de 2017 – alterado pelo Decreto nº 9.163, de 28 de setembro de 2017 e pelo Decreto nº 232, de 07 de dezembro de 2017.



investimentos privados e um pretenso propósito de modernização do Estado, bem como os motivos pelos quais considera que seriam necessários tais direcionamentos: o colapso econômico, a perda dos avanços econômicos e sociais, a variação da taxa de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) Per Capita, os lentos avanços econômicos, a sensação de risco e seus desdobramentos negativos sobre as decisões de investimento e poupança.

Tais apontamentos não parecem diferir daqueles mesmos utilizados desde o início da década de 1990, que, entre outras coisas, viabilizaram a Reforma do Aparelho do Estado naquela ocasião. O que este documento nos parece trazer, portanto, é um processo de continuidade, com provável radicalização no período em questão, ao ratificar que a existência de uma pretensa escassez e de crise econômica demanda medidas de contingenciamento e de relação entre o público e o privado, sob o discurso de melhoria da qualidade dos serviços prestados.

No que se refere à comparação deste PE com a sua versão atualizada lançada em 2018, este segundo documento afirma que o Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, desde a elaboração do PE 2016-2019 (o qual foi lançado já na vigência da gestão Temer), veio contribuindo com a formulação de medidas de política econômica que se mostraram “capazes de retirar o país da maior recessão de sua história”, e afirma que após a queda brusca nas taxas de crescimento do Produto Interno Bruto sofrida nos anos 2016 e 2017 (estimativa), houve previsão de inversão radical do gráfico, sinalizando melhora significativa já nos anos de 2017, 2018 e 2019 .

Essa versão atualizada insiste em afirmar que o crescimento foi retomado em 2017 e que em 2018 deveria ser ainda maior, com inflação sob controle, baixa vulnerabilidade extrema e financeira, criação de emprego e aumento da renda. Pontua que para superar o problema fiscal o Brasil precisa controlar as contas públicas.

É interessante notar que a metodologia (planejamento estratégico) utilizada para a construção desse PE (que envolve levantamento de problemas, suas causas e as possíveis soluções) se articula com uma narrativa que busca dar ênfase à queda do crescimento no período recente, sintomático no ano de 2016, que é o mesmo período em que se concretiza o golpe que tirou Dilma Rousseff da presidência, e na sequência, no PE atualizado, o enaltecimento da suposta e rápida melhora nos índices de crescimento a partir do ano de 2017, o primeiro ano inteiro

de gestão de Temer, e da perspectiva de melhora nos anos seguintes. Ou seja, é a narrativa que usa as informações seletivamente e se organiza de modo a justificar o próprio golpe e tentar comprovar que tratou-se de uma medida necessária à saúde econômica do país.

Voltando à versão original do PE 2016-2019 (o qual já afirmamos que foi lançado já na gestão de Temer) este inclui a elaboração de um “modelo de Negócios”, e sinaliza para uma gestão pública sintonizada com a geração de valor. Para exemplificar, trouxemos a seguinte passagem:

“Este é um mapa visual que mostra a lógica de como se pretende gerar valor. Composto pela missão, visão de futuro, parceiros chaves, produtos e público-alvo, serve de parâmetro para a construção do plano estratégico, que possui os seguintes atributos: Objetivos Estratégicos (OE); Indicadores; Objetivos de Contribuição das Unidades (OC); Iniciativas; e Entregas.” (BRASIL, PE 2016-2019, pág. 15)

O documento reforça que a elaboração do PE e a organização de seus objetivos pressupõem o envolvimento de diversas pessoas, dentre elas, servidores públicos lotados nas unidades pertencentes ao MP, mas cabe sinalizar que as unidades envolvidas pertencentes ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão não apresentam apenas interesse público. Dentre elas se encontra, por exemplo, a Funpresp (Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo).<sup>54</sup>

O PE possui um total de 9 objetivos estratégicos:

- 1) Promover a melhoria da governança das empresas estatais;
- 2) Fornecer informações estatísticas e geocientíficas e ampliar o uso de registros administrativos; (Este item faz uma referência direta a um

---

<sup>54</sup> As unidades do Ministério que foram selecionadas a elaborar planejamento estratégico para o referido período são: Departamento de Órgãos Extintos (DEPEX); Diretoria de Planejamento e Gestão (DIPLA); Diretoria de Administração (DIRAD), Diretoria de Tecnologia da Informação (DTI); Secretaria de Coordenação e Governança das Empresas Estatais (SEST); Secretaria de Planejamento e Assuntos Econômicos (SEPLAN); Secretariade Orçamento Federal (SOF); Secretaria de Assuntos Internacionais (SEAIN); Secretaria de Gestão (SEGES); Secretaria de Tecnologia da Informação (STI); Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho no Serviço Público (SEGRT); Secretaria do Patrimônio da União (SPU); Secretaria de Desenvolvimento da Infraestrutura (SDI); Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo (Funpresp-Exe); Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Fundação Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); e Fundação Escola Nacional de Administração Pública (Enap), doravante denominadas “unidades”.

documento de orientação das ações dos países, que foi construído por intermédio da ONU, a “Agenda 2030”).<sup>55</sup>

- 3) Aperfeiçoar o planejamento e avaliação de políticas públicas; (afirma que a retomada do crescimento depende da implementação de ajustes necessários à sustentabilidade das contas públicas).
- 4) Consolidar a reorganização administrativa, com ênfase na desburocratização e na transparência.
- 5) Modernizar a gestão pública, priorizando a inovação e a melhoria dos processos;
- 6) Aprimorar a gestão do gasto público, com foco na qualidade; (Como já apontamos, este PE foca na necessidade de manter o equilíbrio das contas públicas, acompanhado de uma pretensa intenção de melhorar os resultados dos serviços para a sociedade).
- 7) Construir um novo modelo de gestão de pessoas, adequado aos desafios da APF (Administração Pública Federal); (o que inclui a “flexibilização de estruturas organizacionais e introdução de práticas inovadoras em Gestão de Pessoas; revisão dos normativos relacionados aos processos de força de trabalho, recrutamento e seleção, à organização de cargos, carreiras, progressão, promoção, remuneração, desenvolvimento de pessoas e gestão do desempenho. O novo modelo de gestão de pessoas visa ampliar a adesão dos servidores ao plano de previdência complementar e sua retenção mais ativa<sup>56</sup>. Revisão da sistemática de análise de demandas relativas à concursos públicos, contratações temporárias e de

---

<sup>55</sup> Esta “Agenda” é um plano de ação global voltado à transformações nas dimensões social, econômica e ambiental, sendo um compromisso firmado por diversos países. Ela se deu em decorrência de uma série de articulação entre diversos países, no âmbito dos direcionamentos da ONU. Trata-se de um Plano de ação global para um 2030 sustentável, sendo um guia de ações para a comunidade internacional. Seus objetivos mesclam três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental. Dentre os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), o terceiro é “Saúde e Bem-Estar”, possuindo 13 metas. “Em setembro de 2015, representantes dos 193 Estados-membros da ONU se reuniram em Nova York e reconheceram que a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões, incluindo a pobreza extrema, é o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável. (<http://www.agenda2030.com.br/sobre/>)

<sup>56</sup> Para tanto, identifica como necessário aperfeiçoar o relacionamento com os participantes e patrocinadores, promover a educação previdenciária; serão adotados o monitoramento do sistema de busca ativa das seguradoras, disseminação do programa de educação previdenciária, oferta de consultoria para os participantes, implantação do ensino à distância sobre a Funpresp.

demandas relativas à planos de cargos e carreiras e remunerações; implementação de mecanismos indutores de desenvolvimento profissional; Reformulação de processos que visem a melhoria da gestão pública relativa à composição da força de trabalho; revisão da sistemática de recrutamento e seleção; etc. (Brasil, PE 2016-2019, pág. 55)

- 8) Contribuir para viabilização de investimentos públicos e privados em infraestrutura e logística;
- 9) Implantar um novo modelo de gestão do patrimônio da União, com ênfase na economicidade.

Sobre o PE de forma geral, embora ele não aborde diretamente a condução das políticas sociais, ele se direciona à organização e gestão de toda a APF (Administração pública Federal), em que presumimos, portanto, ter impacto na área da saúde sobretudo no que diz respeito às unidades de saúde de domínio da federação e seu funcionamento, tanto em virtude da agenda de modernização do Estado como um todo, quanto em virtude dos direcionamentos voltados à gestão da força de trabalho e dos serviços.

Nesse sentido, é preciso recuperar que a gestão da força de trabalho tem relação direta com a lei do valor-trabalho de Marx, como apontamos no primeiro item da primeira parte deste trabalho. A única força motriz da geração do valor e do lucro na sociedade regida pelo capital é a força-de-trabalho, portanto, os impactos da organização do processo e composição da força-de-trabalho (mão-de-obra) nos setores públicos dialogam diretamente com as possibilidades de potencialização da acumulação do capital, seja através dos processos de terceirização, privatizações e outros modelos de gestão de unidades públicas de saúde que são, na realidade, privatizações indiretas ou não clássicas, como tratado por alguns autores (Vieira, 2018).

Quanto à versão atualizada, a mesma apresenta os mesmos nove objetivos estratégicos e é um pouco mais objetivo que o original. Foi lançada no apagar das luzes do governo de Michel Temer, no último ano, apresentando redirecionamentos que terão impactos, portanto, não só no ano vigente, mas também no ano seguinte.

Isso nos leva a pensar que existe, além do padrão de continuidade dessa gestão, um fortalecimento de articulações que reverberam não só a curto, mas também a médio prazo, com provável radicalização.

Dando sequência ao proposto, traremos análises relativas ao Plano Plurianual 2016-2019, que foi publicizado em 2015<sup>57</sup>, pela então Presidenta Dilma Rousseff, também elaborado sob a responsabilidade Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (que passou a se chamar “Ministério de Planejamento, Desenvolvimento e Gestão” em 2016 tão logo o cargo do executivo Federal passou a ser ocupado por Michel Temer).

Este PPA não recebeu uma versão total atualizada, mas recebeu uma versão atualizada do ANEXO I (em Setembro de 2018) que trata dos Programas Temáticos, dos indicadores, objetivos e metas. Foram lançados, também, um Relatório de Avaliação do PPA ano-base 2017 e um “Catálogo de Metas” em novembro de 2018.

O Plano Plurianual 2016-2019 trata-se de um grande programa de governo que não só aponta a direção, os pontos estratégicos, os programas governamentais temáticos como também realiza o balanço dos anos anteriores. Não por acaso, este PPA avalia com certo grau de positividade o contexto brasileiro no marco temporal do pós anos 2004, tendo por base as informações dos PPA’s anteriores. Cabe mencionar que o primeiro PPA elaborado na vigência dos governos PT (partido dos Trabalhadores) foi justamente no quadriênio 2004-2007.

PPA 2016-2019, trás em sua “Apresentação” a informação de que ele integra um projeto nacional de desenvolvimento que vem se consolidando há mais de uma década, e que concilia crescimento econômico, distribuição de renda e inclusão social. Aponta que a estratégia adotada nos últimos anos tem sido de direcionar a atuação do Estado na promoção de um modelo inclusivo de crescimento.

Afirma que houve grande participação social nas diferentes etapas de elaboração deste PPA, através de encontros presenciais e por meio de canais virtuais de diálogo, afirmando que, assim, o duplo desafio de preservar as conquistas e aprofundar os avanços não era somente uma opção do governo federal, mas uma escolha da própria sociedade.

O documento busca reafirmar que os desafios para o momento (o contexto do ano de 2015, quando o documento foi finalizado) remetem tanto à consolidação dos direitos conquistados quanto ao aperfeiçoamento das políticas públicas na busca

---

<sup>57</sup> A Lei que institui o Plano Plurianual do quadriênio 2016-2019 é 13.249. E é interessante que ela foi publicada no Diário Oficial em 13 de Janeiro de 2016, assinada por Dilma Rousseff, enquanto o próprio Plano Plurianual do quadriênio é lançado em 2015. Outras Leis foram lançadas posteriormente modificando, entre outras coisas, alguns de seus anexos.

pela melhor distribuição das oportunidades e do acesso a bens e serviços públicos de qualidade por toda a população brasileira.

Com isso, refere que o presente PPA dá sequência ao modelo de desenvolvimento já instituído. O PPA deve apresentar os **objetivos e metas** da administração pública para os quatro anos seguintes, identificando e comunicando as prioridades e os compromissos de governo em consonância com os planejamentos setoriais.

O PPA 2016-2019 é estruturado a partir de uma Dimensão Estratégica, que contém a Visão de futuro e um conjunto de Eixos e Diretrizes estratégicas, e uma Dimensão Programática ou Tática, que compreende os Programas Temáticos, dentro dos quais se encontra o Programa da Política de Saúde: “Fortalecimento do Sistema Única de Saúde - SUS”.

Em sua Dimensão Estratégica, o PPA traduz as principais linhas estratégicas definidas pelo governo federal para a implementação de políticas públicas e trás uma Visão de Futuro que orienta que o Brasil se reconheça e seja reconhecido como:

- Uma sociedade inclusiva, democrática e mais igualitária, com educação de qualidade, respeito e valorização da diversidade e que tenha superado a extrema pobreza;
- Uma economia sólida, dinâmica e sustentável, capaz de expandir e renovar competitivamente sua estrutura produtiva com geração de empregos de qualidade e com respeito ao meio ambiente.” (Brasil, PPA 2016-2019, pág. 15)

Esse Plano Plurianual, portanto, foi elaborado e publicizado durante a Gestão de Dilma Rousseff, seguindo fluxo normal:<sup>58</sup>. Porém, considerando o impeachment de 2016 e a mudança no poder executivo, realizamos algumas pesquisas no site oficial do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão e identificamos que não foi elaborada versão atualizada do PPA por inteiro, apenas do seu ANEXO I (já no final da gestão de Temer, em setembro de 2018), o que nos leva a considerar que houve uma mistura entre continuidades e mudanças na transição entre os dois governos.

---

<sup>58</sup> Todo PPA deve ser elaborado no primeiro ano de mandato e compreende os quatro anos seguintes, avançando, portanto, o primeiro ano do mandato seguinte.

De forma geral, em um comparativo entre o anexo I original e o atualizado, notamos que não há mudanças radicais de direção, apenas o aprofundamento (entenda-se piora) do que já estava posto em termos dos indicadores de saúde, objetivos e metas.

No mesmo site também identificamos que existe um Relatório de Avaliação do PPA do ano-base 2017, lançado já no governo de Michel Temer e que trás algumas informações gerais que consideramos pertinente abordar por se tratarem de uma espécie de autoavaliação, realizada nesse breve período de sua gestão em comparação aos primeiros anos do quadriênio que estavam sob a gestão do PT.

O Relatório de Avaliação trás em sua parte inicial a mesma orientação do PPA original, diretrizes estratégicas, programas temáticos, a direção geral do governo, reitera a metodologia, a Visão de Futuro, ratifica até alguns avanços de PPA's anteriores em termos de elaboração, mantém o objetivo de direcionar as estratégias do Estado no sentido da inclusão social, atrelada ao desenvolvimento econômico.

Entretanto, suprime do documento diversas páginas do PPA original que traziam como destaque os avanços em termos econômicos, sociais e dados estatísticos sobre os anos em que o governo esteve sob gestão do PT.

Assim, enquanto o PPA 2016-2019 se debruça intensamente sobre a propaganda acerca dos feitos das gestões governamentais do PT desde 2003\2004, utilizando dados e marcadores que favorecem a avaliação positiva e que não problematizam outras questões, o Relatório de Avaliação do PPA ano-base 2017, recuperou alguns dados dos anos anteriores apenas para demonstrar melhora em alguns índices econômicos neste ano (que é o do pós golpe). Ou seja, o Relatório de Avaliação do PPA ano-base 2017 utiliza a mesma estratégia do PPA original: trabalha com dados selecionados em forma de propaganda de governo.

Uma das coisas que chama atenção no PPA 2016-2019 é que ele ignorou a magnitude da crise que iniciou nos anos 2008, minimizando os riscos de seus desdobramentos no âmbito nacional, uma vez que o tratou como um desafio comum e não de grandes proporções. Já o Relatório de Avaliação do PPA ano-base 2017 reconheceu a magnitude da crise econômica, entretanto, afirmava que, com as estratégias governamentais adotadas, essa crise de magnitude extensa e grave, estava sendo superada. O Relatório de avaliação trás essa afirmação apesar do

governo em questão ter tido muito pouco tempo de atuação, medidas questionáveis e pouco tempo para avaliar os seus efeitos.

Isso evidencia que, ao enaltecer as ações realizadas e os prováveis resultados, o instrumento reflete o esforço governamental de justificar o próprio golpe. De contrapartida, as críticas que se tem feito sobre o período Temer sinalizam para medidas de contrarreforma progressiva que, no campo das políticas sociais e dos direitos, representam impactos devastadores sobre a classe trabalhadora, a exemplo da Contrarreforma Trabalhista, a EC 95\2016, o início do debate sobre a contrarreforma da Previdência.

Entretanto, este Relatório, ao reiterar e reafirmar alguns elementos do PPA original como, por exemplo, as próprias diretrizes estratégicas, sinaliza para uma política macroeconômica que não rompe ou altera visceralmente, mas que dá continuidade, aprofundando, ao que já estava em curso.

O PPA 2016-2019 possui 4 Eixos Estratégicos que se desdobram em 28 Diretrizes Estratégicas, as quais orientam a concepção e a implantação da Dimensão Tática (ou programática) do Plano plurianual, representada por 54 Programas Temáticos, que apontam os caminhos a serem percorridos pela ação do governo federal até 2019.

O PPA 2016-2019 condensou os Programas temáticos dentro de quatro áreas temáticas, uma delas é a “Social e Segurança Pública”, que estava como destinatário de 55% do valor global dos programas temáticos. Dentro dessa área temática, estão a Previdência Social, Saúde, Assistência Social, e outras.

O Programa Temático “Fortalecimento do Sistema Único de Saúde- SUS” é composto por 12 objetivos. Cada um desses objetivos possui algumas metas que, por sua vez, estão dispostas no ANEXO I do PPA (encontrado no site<sup>59</sup> do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão e que recebeu atualizações em 2018, como apontamos).

Neste Programa Temático o PPA 2016-2019 ratifica que a saúde se trata de um direito social de todos e dever do Estado, que fica responsável pela execução de políticas econômicas e sociais que visem reduzir o risco de doenças e outros agravos. Reafirma os princípios fundamentais e estruturantes da institucionalidade do sistema – universalidade, integralidade e equidade - e organizacionais, com

---

<sup>59</sup> <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/planeja/plano-plurianual>



destaque para a descentralização dos meios e das responsabilidades e a participação social.

Trás, também, um panorama da saúde no Brasil, reconhecendo a necessidade de melhoria contínua e de fortalecimento das ações e ao mesmo tempo dando destaque ao avanço alcançado nos principais indicadores de saúde nos últimos anos, como: taxa de mortalidade infantil; taxa de mortalidade materna; expectativa de vida ao nascer. O documento afirma que esses indicadores (positivamente avaliados) refletem, entre outras coisas, os esforços realizados nos últimos anos pela melhoria dos serviços de saúde oferecidos para a população.

No PPA 2016-2019 as Políticas de Saúde passam a ter como Diretriz Estratégica: “Garantia de acesso universal aos serviços de atenção básica e especializada em saúde, com foco na integralidade e qualidade do atendimento e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde - SUS.” (Brasil, Plano Plurianual 2016-2019, pág. 68).

Para finalizar, o PPA (em seu programa temático da saúde) informa os 12 objetivos que compõem esse programa e que servem de base para a elaboração do Plano Nacional de Saúde, que é o último instrumento de gestão quadrienal que avaliaremos individualmente.

O Plano de Saúde é um dos instrumentos de planejamento do SUS, e foi incorporado de forma mais sistemática ao contexto geral do planejamento em saúde após a realização do Pacto pela Saúde (em 2006) e da criação do Sistema de Planejamento do SUS – PLANEJASUS- (2006). O PNS é um documento que expressa intenções políticas, diagnósticos, estratégias, objetivos e metas, as quais são estipuladas para o quadriênio e revisadas e avaliadas anualmente respectivamente por dois outros instrumentos de planejamento do SUS também orientados e indicados pelo PLANEJASUS: A Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão.

Cabe apontar que o PNS é o instrumento orientador das ações no campo da saúde e que formalmente deve passar pela apreciação e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, pressupondo, dessa forma, processos de participação social.

Também se pauta na orientação trazida pelo PPA, que estipulou para saúde para o quadriênio 2016 -2019 o seguinte programa temático: “Fortalecimento do Sistema Único de Saúde- SUS”, e organizou um total de 12 objetivos. O PPA, em seu ANEXO I, também informa quais serão os indicadores de saúde e seus valores

de referência a serem utilizados no quadriênio para avaliação do setor, e também estipula as metas a serem perseguidas pela gestão pública de acordo com cada objetivo no espaço de tempo de 4 anos.

De modo geral, o PNS 2016-2019 reafirma os indicadores de saúde e incorpora todos os 12 objetivos (e suas respectivas metas) do PPA, e inclui 1 objetivo.

O presente Plano Nacional de Saúde 2016-2019 foi construído ainda na gestão de Dilma Rousseff e não recebeu atualizações ou revisões durante a gestão de Michel Temer que constem nos meios oficiais de comunicação do governo e do ministério da saúde.<sup>60</sup>

O fato do Plano Nacional de Saúde não ter sido reelaborado ou atualizado durante a gestão Temer pode ter diversas causas, as quais seria impossível investigarmos nesse trabalho. O que podemos presumir no momento é que, ao não atualizar o PNS, essa gestão tanto demonstra uma certa perspectiva de continuidade em relação a algumas direções que já estavam postas, quanto também apresenta perspectivas de redirecionamento já que realiza alterações em outros instrumentos (como o ANEXO I do PAA). Portanto, essa gestão tem particularidades, mas não é uma gestão que rompe, ao mesmo em nível formal, totalmente com a orientação de governo que já estava desenhada.

O documento do PNS 2016-2019 se constitui de 4 seções:

- 1) Estruturação do Plano - onde consta o quadro de Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde com 7 eixos temáticos;

---

<sup>60</sup> Na tentativa de buscar outras informações referentes a este Plano e/ou atualizações, realizamos buscas nas Atas das reuniões do Conselho Nacional de Saúde (Essas Atas estão disponíveis no site do Conselho Municipal de Saúde. [http://conselho.saude.gov.br/atas/atas\\_inicial.htm](http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm) - acessado em Abril/mai/jun/19)), pesquisando no espaço de tempo que engloba os anos de 2016, 2017 e 2018, totalizando 36 Atas, onde não encontramos qualquer informação acerca de atualização do PNS. No mais, as informações contidas nas Atas das Reuniões do Conselho Nacional de Saúde dão a dimensão do trabalho realizado neste que é um dos campos privilegiados do controle social em saúde e, pela sua importância, traremos, mais à frente, algumas importantes observações ali colhidas que dizem muito sobre o período de gestão de Michel Temer.

- 2) Análise situacional, que contém “a síntese das condições de saúde da população brasileira, do acesso e da oferta de ações, serviços e produtos, apontando questões estratégicas para a gestão do SUS.” (MS, 2016, pág. 03), apresentando grande relevância do ponto de vista das categorias de análise “conceito de saúde” e “modelo de atenção”.
- 3) Objetivos e metas- que compatibiliza com o PPA, reafirmando seus 12 objetivos e acrescentando mais um objetivo.
- 4) Gestão do Plano. Apresenta as prerrogativas essenciais à sua gestão eficaz.

O PNS contém, também, um anexo com indicadores de saúde, os quais compatibilizam, em boa parte, com o ANEXO I do PPA.

A primeira seção trás informações relativas à estruturação do Plano, sua previsão legal a partir da lei 8080/90, a necessidade de ser realizada em conformidade com o PPA (Plano Plurianual), e com diretrizes definidas pelos conselhos e conferências de saúde e ser submetido a aprovação do conselho de saúde, conforme determinação legal (LC 141/12, art. 30, par. 4º, Portaria GM/MS nº 2.135/13, art. 3º, par. 7º).

Segundo o documento analisado, o Conselho Nacional de Saúde optou por organizar suas diretrizes a partir de 7 eixos temáticos, cada um com uma série de diretrizes. Chama atenção, contudo, para o fato de que as diretrizes do CNS são entendidas como recomendações, nos levando a crer que seu efeito prático fica a critério do gestor.

Se constitui dos seguintes eixos:

- 1) Direito à Saúde, Garantia de acesso e Atenção de qualidade – cujas diretrizes apontam para ampliação da oferta, do acesso aos serviços e o aprimoramento da rede de atenção. Faz referência direta ao princípio da integralidade, incorporando humanização, justiça, equidade.
- 2) Participação e Controle Social – com duas diretrizes que apontam para o fortalecimento das instâncias de controle social, garantia do caráter deliberativo dos conselhos e fortalecimento do controle social de forma intersetorial, articulando espaços de participação em todas as esferas;

- 3) Valorização do trabalho e da Educação em Saúde – Aponta a necessidade do Estado como figura central na regulação do trabalho em saúde;
- 4) Financiamento do SUS e Relação Público-Privado – apresenta apenas duas diretrizes breves. Uma voltada a garantir financiamento estável e sustentável, melhorando o padrão do gasto e qualificando os processos de transferência de recurso; e outra referente à necessidade de aprimorar o marco regulatório da saúde suplementar garantindo acesso, qualidade e os direitos dos usuários. Não trás críticas com relação a saúde suplementar diretamente.
- 5) Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde – compreende necessário aprimorar a atuação do MS como gestor federal, qualificar a produção de cuidado, indica necessidade de ações de vigilância, promoção e proteção para reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população.
- 6) Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS – referencia a utilização de estratégias de comunicação para valorizar o SUS como política de Estado, além de disseminar conhecimento, sobre análises de situação de saúde e inovações.
- 7) Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS- Fortalecimento do complexo industrial para expandir a produção nacional e inovação em saúde.

Essas diretrizes, de forma geral, apontam um direcionamento de fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS, entretanto, embora reafirme o SUS como política pública e responsabilidade do Estado, não questionam de forma direta a relação público-privado. Observamos que as recomendações do CNS, colocadas a partir das diretrizes estratégicas, acabam sendo recuperadas ao longo do texto do PNS 2016-2019.

Na sequência, o PNS 2016-2019 procura realizar a análise situacional, que é parte componente do chamado planejamento estratégico e, no caso da saúde, engloba o balanço do setor por temas, em números, dados e análises. A forma como o governo aborda essas temáticas diz muito sobre qual concepção de saúde e que modelo de atenção está adotando ou defendendo.

O primeiro item dessa seção chama-se “Estrutura do sistema de saúde”, cujo texto recupera preceitos e princípios fundamentais da estruturação desse sistema,

reconhece, o dever do Estado, os princípios de universalidade, integralidade, equidade, além de outros relativos à organização do SUS, entretanto, afirma que:

“Para fazer frente às responsabilidades constitucionalmente definidas, o SUS conta com uma infraestrutura de oferta com estabelecimentos da rede pública, complementados por unidades privadas atuantes no Mercado” (MS, PNS 2016/2019, pág. 8)

Sabemos que a complementaridade entre os setores público e privado é uma herança antiga, desde o INAMPS (Instituto Nacional De Assistência Médica da Previdência Social), atravessando, também, os processos das contrarreformas empenhadas pelo Estado na década de 1990, sendo impossível ignorar a sua existência. O problema, a nosso ver, é a ausência de criticidade do documento em relação a essa estratégia e a ausência de uma defesa aberta de um sistema inteiramente público e estatal, além do não reconhecimento de que a saúde privada não tem sido complementar, mas parte do próprio sistema. Tal apontamento tem, ainda, um tom contraditório, pois ao mesmo tempo em que afirma o SUS como um projeto capaz de enfrentar as problemáticas do setor saúde, ratifica ser necessário compartilhar as resolutividades das problemáticas com o setor não público.

Quanto ao “panorama demográfico” trazido no documento, evidencia-se ênfase na mudança da estrutura etária do Brasil, cujas projeções estimadas para o ano de 2050 apontam maior número de idosos do que jovens, como índices atrelados à diminuição na taxa de natalidade aumento da expectativa de vida e o aumento da esperança de vida ao nascer.

O documento expressa preocupação com os impactos dessa rápida transição demográfica não só na saúde da população, mas na sobrecarga do próprio SUS, haja vista que o aumento da idade média torna mais frequentes a carga de doenças crônicas não transmissíveis.

A principal preocupação do texto diz respeito aos desafios para o SUS, afirmando sua capacidade limitada ao invés de refletir sobre o fato de que ele, enquanto componente da política de saúde, deve necessariamente ser gerido de forma a abranger às necessidades postas e em movimento. O tom da análise parece caminhar no sentido de justificar ações que, na realidade, acabam por não reafirmar os princípios do SUS, mas por deslegitima-los.

Na sequência o documento passa a tratar do item “morbidade e mortalidade”, e trás informações e dados sobre algumas doenças transmissíveis, crônicas não transmissíveis e agravos que conformam o quadro de morbidade no Brasil. A abordagem realizada tem como foco central as “doenças”<sup>61</sup>, avaliadas em termos numéricos quanto às taxas de prevalência, aumento ou declínio. Não há, no documento, uma reflexão sobre o próprio potencial do sistema de monitorar esses dados, inclusive em termos de diagnóstico. Na análise de boa parte das doenças, o documento também não realiza um balanço das possíveis causas da diminuição da taxa ou sobre quais fatores influenciam no diagnóstico, tratamento, prevenção, “contágio”; não aborda as diferenças de prevalência em relação às diferenças sociais, regionais, de renda, trabalho, etc. Trás, muitas vezes, dados pouco relevantes no que diz respeito à orientação de ações efetivas.

Na maioria dos casos, também não reflete sobre os dados socioeconômicos envolvidos na questão, não discute a relação das doenças com os condicionantes de saúde e nem reflete sobre quais políticas sociais e econômicas estariam relacionadas a redução de danos e agravos. A análise não determina ou identifica quais são exatamente os fatores socioeconômicos que se relacionam com os agravos de saúde. Tais apontamentos demonstram uma atuação pautada no foco da doença e no seu tratamento (muitas vezes trazendo foco no diagnóstico e medicalização), o que acaba gerando um deslocamento parcial de uma concepção de saúde ampla para uma concepção restrita à doença e fragmentada em termos de resolução e atenção.

A análise pontual e sem reflexões sobre as condições reais de vida da população e os condicionantes de saúde dificulta identificar os nós, as demandas, dificuldades e potencialidades para lidar com as questões que impactam nas condições de saúde da população.

. Os poucos dados e as poucas reflexões realizadas não permitem compreender como está o alcance dos serviços para o conjunto da população e as dificuldades no acesso; Os dados focados nas taxas e prevalência sem outros alcances demonstram centralidade na perspectiva biologizante e a pouca reflexão

---

<sup>61</sup> Dentre as doenças ou agravos abordados estão: a Tuberculose, hanseníase, taxa de detecção de Aids no Brasil, Hepatites virais (em especial a Hepatite C), sífilis congênita, dengue, Malária, Doença de Chagas.

sobre a conexão entre doença e o complexo conjunto de fatores e condicionantes que a circundam. Tratar da doença por ela mesma sem abranger seus principais condicionantes e outras informações que permitam compreender sua real situação demonstra uma flexibilização da concepção de saúde e trás, como desdobramento, dificuldade em relação ao direcionamento de ações em saúde eficazes (para além da medicalização) e a efetivação de um sistema universal, integral e equânime, portanto, público e gratuito. Ou seja, ao trazer análises que redimensionam a concepção de saúde e cujas ações se fragmentam igualmente, acaba por apontar um modelo de atenção afastado daquele que é preconizado pelo movimento da reforma sanitária.

Algumas doenças, cujas ações realizadas expressam uma melhor articulação, planejamento e controle, recebem uma abordagem um pouco mais profunda como é o caso das Hepatites virais, em especial a C,<sup>62</sup> e a Dengue<sup>63</sup>, mas também, com cunho propagandista.

Algumas passagens relacionadas à doenças específicas, nos exigem reflexões importantes, na busca de pensar a saúde em sua relação com as condições de vida como um todo e os determinantes sociais. Na parte que fala da Malária, por exemplo, o documento aponta que a ocupação territorial e as oscilações

---

<sup>62</sup> O documento também trata das Hepatites virais, com especial atenção à Hepatite C. Não traz dados sobre aumento ou diminuição na taxa de detecção ou contaminação, mas aborda sobre o fato de que muitas pessoas convivem com a hepatite C sem saber e o fato de ser uma doença que alcançou visibilidade internacional mediante resoluções lideradas pelo Brasil na ONU, com iniciativas como a que resultou na criação do Dia Mundial da luta contra as Hepatites virais (2010) e o seu reconhecimento como de extrema relevância para a saúde pública em 2014 e a definição de procedimentos a serem executados para obtenção de melhores resultados. Não abrange outras determinações acerca da doença, sobre as formas de enfrentamento, a relação da doença com a prevenção e tratamento, etc.

<sup>63</sup> Com relação à dengue a abordagem é um pouco diferente, ao invés de iniciar falando dos números da dengue, inicia falando sobre as ações de vigilância e inovações de controle relacionadas a ela e à chikunguya, outro vírus transmitido pela mesma via (mosquito), referindo que as campanhas buscavam distribuir responsabilidade e orientações, através do slogan: “O Perigo aumentou. E a responsabilidade de todos também” (MS, PNS, 20162019- pág. 13). Na sequência, fala da queda do número de casos registrados comparando 2013 e 2014, trazendo as variáveis e diferenças de cada região. O número de mortes também caiu nesse período. Nesse item, o documento pelo menos tenta identificar as causas dessa diminuição, relacionando à detecção precoce e à correta classificação de risco. Entretanto, não demonstra outros índices de combate, efetivamente.

climáticas tem impacto na transmissão da doença, entretanto, as ações de controle apontadas não abordam essas questões.<sup>64</sup> Pensar a relação entre saúde e os condicionantes e determinantes de saúde, na situação apresentada, significa problematizar as próprias causas da oscilação climática e a ocupação irregular territorial e as formas de contê-los. E, considerando que esses fatores tem relação com o estilo de consumo e produção predatório e explorador típico do modo de produção capitalista, que sobrepõe os interesses do lucro às necessidades da vida, abordar essas questões enquanto questões de saúde pública significa questionar o próprio processo de expansão capitalista, algo que parece estar fora da pauta deste Plano Nacional de Saúde.

A abordagem de outras doenças, por outro lado, também acaba por reafirmar a importância da vigilância epidemiológica e sanitária e outras ações de prevenção, como é o caso da abordagem das doenças imunopreveníveis<sup>65</sup>.

Ainda no item morbidade, no subitem de “Doenças emergentes e reemergentes”, há um balanço um pouco mais aprofundado e realista sobre a relação de diversas doenças no Brasil e a questão da pobreza, bem como a relação do controle com a detecção precoce e prevenção<sup>66</sup>.

---

<sup>64</sup> Ao abordar as ações de controle se restringe a abordar à realização adequada e direcionada de ações, a descentralização de ações de prevenção e controle da doença, ampliação de investimentos e a capacitação dos profissionais, além da necessidade de realizar diagnóstico em tempo hábil, ofertar teste rápido, iniciar tratamento imediato, realizar manutenção do suprimento de antimaláricos e inseticidas, investimento em infraestrutura, uso de mosquiteiros, aperfeiçoamento das ferramentas de diagnóstico, além do financiamento de pesquisas etc.

<sup>65</sup> O documento relaciona os resultados obtidos ao controle e prevenção, ao Programa de Imunização, à estruturação do sistema nacional de vigilância epidemiológica, à maior integração entre vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, e a articulação de estratégias conjuntas com a atenção básica.

<sup>66</sup> Informa que há um certo avanço no controle de algumas doenças transmissíveis relacionadas à questão hídrica e às imunizáveis, permanecendo, contudo, aglomerados de doenças relacionadas à pobreza: esquistossomose, trachoma; bem como doenças crônicas como tuberculose e hanseníase, que necessitam maior esforço nas ações de controle. O documento alarma, contudo, para a subnotificação e a necessidade de reforço de ações de vigilância epidemiológica para o controle e prevenção de doenças.

Discorre um pouco sobre como, em 2014, o Brasil se preparou para a chegada da Chikungunya e, também, sobre a alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil a partir de 2015, e as suas respostas emergenciais no âmbito nacional. Informa que, a partir da identificação da correlação entre microcefalias e a infecção por vírus Zika, o ministério da Saúde elaborou materiais, protocolos e diretrizes voltados à subsidiar gestores e profissionais de saúde no enfrentamento dessa situação, e também para a atenção às crianças.



Em outras, como as doenças relacionadas ao Aids Aegypti, o documento expressa o objetivo de enfrentamento efetivo e mobilização ampla, ratificando a importância da ação conjunta do Ministério da Saúde com outros ministérios, demonstrando intenções de intersetorialidade, além da ênfase em projetos de pesquisa, de vigilância, prevenção e controle de dengue, chikungunya e vírus zika,

O documento tenta ressaltar os avanços, mas reconhece que ainda há muitos desafios e necessidade de melhoria contínua por parte do sistema de vigilância e sua capacidade de resposta às urgências epidemiológicas.

Quanto às Doenças Crônicas não transmissíveis, o documento utiliza dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 sobre as seguintes doenças: Hipertensão, diabetes, colesterol alto, asma, doenças cardiovasculares, Acidente vascular cerebral (AVC), Distúrbio Osteomoleculares relacionados ao trabalho, depressão (em Segundo lugar, depois da hipertensão, no número de diagnósticos em 2013), insuficiência renal crônica, câncer.

Quanto a essas doenças, o documento não realiza problematizações acerca dos condicionantes de saúde, nível de acesso da população à ações de prevenção e promoção. Não aborda níveis de diagnóstico precoce e nem índices de diagnóstico em casos da doença já em avanço. Se equipara ao restante da análise situacional trazida: fragmentada e centralizada na doença e em seus dados estatísticos pontuais.

Quanto aos distúrbios relacionados ao trabalho (distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - DORT), por exemplo, trás apenas dados numéricos relacionados ao diagnóstico, não realizando qualquer problematização acerca da relação entre o adoecimento e o mundo do trabalho.

Segue, no mesmo item de morbidade abordando causas externas, relacionando, em especial, violências e acidentes (acidentes de carros, uso do cinto de segurança, capacete, diferença nos índices mulheres e homens e dos níveis de instrução, a área urbana e rural, lesões, relação de idade).

Com relação às violências<sup>67</sup>, a despeito das críticas que realizamos sobre a

---

<sup>67</sup> Informa que o Ministério da Saúde tem, desde 2006, a Vigilância de Violências e Acidentes, com objetivo de conhecer a magnitude e a gravidade das violências e dos acidentes por meio de produção e difusão de informações epidemiológicas e definir políticas públicas de enfrentamento a estes agravos.

análise situacional trazida pelo Plano Nacional de Saúde 2016-2019 (não pelo direcionamento que toma em si, mas pela ausência de comprometimento em problematizar de forma mais abrangente os dados apresentados) precisamos enaltecer a abordagem trazida por ele no que se refere a este tema, porque aponta que a sua prevenção e o seu combate demandam a promoção de uma cultura e uma política de paz, e que isso se configura “uma das pautas prioritárias no setor saúde”. (MS, PNS 2016-2019- pág. 20).

Após isso, o PNS entra no Item Mortalidade, cujos dados sobre o perfil da mortalidade da população brasileira novamente parecem insuficientes para pensar estratégias de melhora e identificação das lacunas ainda existentes.

Quanto ao item que trata sobre “Determinantes e condicionantes de Saúde”, esperávamos encontrar elementos que dialogassem mais diretamente com nossas categorias de análise: “conceito de saúde” e “modelo de atenção”, cuja concepção que trazemos entende a saúde como o desdobramento de um conjunto complexo de fatores, que envolvem as condições de vida, trabalho, renda, entre diversos outros condicionantes e determinantes, ultrapassando a mera ausência de doença, transcendendo a abordagem biologizante e médico-centrada, e cuja concepção permite pensar em ações que conformem um modelo de atenção pautado no formato universalista, integral e equânime, englobando ações que estejam para além dos serviços de saúde em si, num campo que inclui a intersectorialidade e as condições de vida.

Nesse sentido, o documento reconhece que “As condições de saúde da população brasileira transcendem o espectro de ações do respectivo setor, tendo em conta que resultam de inúmeros fatores sociais, econômicos, ambientais, culturais.” (MS, PNS 2016-2019).

O primeiro subitem desse item diz respeito aos “Aspectos socioeconômicos”, com indicadores selecionados a partir de informações existentes nos “Indicadores de

Desenvolvimento Brasileiro 2001-2012”.<sup>68</sup>

Com especial preocupação em apontar sobre a mudança na razão e concentração de renda, informa que uma parcela significativa da população havia superado a condição de extrema pobreza. O documento se preocupa em mostrar os índices que foram melhorados, mas não aborda a situação do grande número de pessoas que permanece abaixo da linha da pobreza e quais outros fatores têm incidência sobre suas condições de vida e saúde, como acesso aos serviços públicos básicos e especializados de forma geral, por exemplo. Tal abordagem nos afirma que o horizonte de universalidade ainda está muito distante, e que essa não universalidade é expressão direta e imediata das contradições de classe.

O próximo subitem trata de “Condições de Vida, Trabalho e Ambiente”, em que o documento aponta ampliação da atividade produtiva, o acelerado processo de industrialização e urbanização, a crescente demanda por alimento, a pressão sobre os recursos naturais, o maior aporte de resíduos urbanos, industriais e agrícolas, como fatores que impactam sobre a qualidade de vida da população e que determinam as condições de risco à saúde.

Dentre os determinantes sociais de saúde, este documento destaca inicialmente o saneamento, o seu alcance em percentual e as expectativas. Nesse tema, como em tantos outros trazidos nesse PNS, o documento faz questão de dar destaque à melhora de diversos índices e do alcance de ações, as quais, no

---

<sup>68</sup> São extraídos desses indicadores informações sobre PIB (expressando aumento); taxa de analfabetismo (com queda); expansão do emprego, que, ao que informa, impactou na diminuição da taxa de desocupação e aumento da massa salarial; taxa de desemprego (com queda em todas as regiões); trabalho infantil (com números que demonstram queda entre as crianças entre 5 e 9 anos); razão de renda, que expressa a concentração de renda pessoal; Mostra que a proporção da população com renda familiar per capita de até meio salário mínimo diminuiu e que o Plano Brasil sem Miséria proporcionou que cerca de 22 milhões de pessoas superassem a condição de extrema pobreza, afirma que o Plano Brasil Sem Miséria cumpriu todas as metas que se propôs. O PNS informa que em 2014 o Brasil saiu do Mapa Mundial da Fome, Segundo as Organizações das Nações Unidas. Afirma que o recente Relatório do Banco Mundial (sobre erradicação da pobreza) confirmou que o Brasil, em 2015, havia praticamente acabado com a extrema pobreza.

entanto, na maior parte das vezes sequer chegam próximo dos 100% <sup>69</sup>, evidenciando que sempre há uma parcela da população à margem do acesso aos serviços e ações que poderiam proporcionar melhores condições e qualidade de vida, o que nos trás dois questionamentos: primeiro que o princípio da universalidade não tem sido balizador prioritário das ações governamentais em saúde; segundo que há nisso, certamente, um recorte de classe, ou seja, é preciso pensar que a distribuição desigual, não universal e não integral das ações e serviços públicos e governamentais impactam mais incisivamente uma classe social específica e tem relação direta não só com as contradições do modo de produção capitalista, mas com as suas próprias condições de expansão, cuja valorização da vida tem nas necessidades de acumulação do capital o seu limite.

É preciso se questionar que parcela da população é essa. É, majoritariamente, a população que produz e está inserida no Mercado de trabalho e, portanto, também consome? Ou é a população alijada totalmente das possibilidades de promover, seja na dimensão da produção seja na dimensão do consumo, o ciclo de valorização do capital e cuja reprodução social não é tão importante ao sistema?

O documento trás dados extremamente alarmantes, também, sobre o uso e mercantilização de agrotóxicos. Afirma que de 2001 a 2012 o Mercado mundial de agrotóxicos cresceu 93%, e o brasileiro cresceu 190%. Em 2008 o Brasil assumiu o posto de maior Mercado mundial de agrotóxicos. Em 2011, o Brasil movimentou tantas toneladas de produtos e tanto dinheiro, que foi equivalente á 19% do Mercado global de agrotóxicos.

Entretanto, o documento apresenta a questão apenas com dados numéricos e, ao não problematiza-los como uma questão de saúde pública e que demanda ações governamentais incisivas, demonstra a fragmentação do conceito de saúde e a fragilização da construção de um modelo de atenção compatível com os preceitos constitucionais e da Reforma Sanitária, e, sobretudo, capaz de dar conta das

---

<sup>69</sup> Por exemplo, entre 2001 e 2012, houve crescimento da cobertura da rede de esgoto e da utilização de fossas sépticas de 66,7% para 78,6% do total das residências. Mais uma vez observa-se um enaltecimento de um dado que, deveria estar muito próximo dos 100% e que, na realidade, aumentou muito pouco ao longo dos mais de 10 anos de referência; a falta de sistema de esgotamento sanitário para uma parte da população é algo extremamente alarmante, pois significa que uma parte da população vive em condições ou próximo à condições desumanas enquanto outra parcela goza de totais condições de promoção da saúde nesse aspecto. O número de domicílios com acesso à rede de água encanada também subiu, e em 2012 chega a quase 87% dos domicílios. Seria bem mais interessante se esse dado não estivesse relacionado a um serviço ofertado de forma privada, em que, quanto mais se expande, mais rentável se torna.

necessidades de saúde da população, sinalizando que o sistema de saúde não ousa avançar de modo que questione o próprio capital.

A movimentação financeira que envolve o ramo dos agrotóxicos é absurdamente grande, e, da mesma forma como a questão da utilização irregular do território e das causas das mudanças climáticas, questionar o seu avanço seria questionar o próprio capital. Os dados apresentados mostram como a ação estatal não se guia pela valorização irrestrita das necessidades humanas, já que não as sobrepõe às necessidades de expansão do capital.

As análises desse PNS (bem como dos demais instrumentos de gestão) permitem afirmar que em boa parte dos itens ele se apresenta, como instrumento de propaganda governamental através do manejo seletivo dos dados<sup>70</sup>. A seleção dos dados a serem utilizados na análise situacional carrega consigo uma série de intencionalidades e tem o potencial de modificar inteiramente a compreensão da temática analisada; tem, também, impactos diretos na organização de estratégias de enfrentamento. Subnotificações, dados selecionados com critérios propagandistas e não realistas, ou dados ignorados prejudicam o aprimoramento do próprio serviço/setor.

O fato desse documento se furtar a uma análise situacional mais crítica sobre a realidade do setor saúde faz com que ele acabe não tendo uma aplicação totalmente prática no cotidiano do sistema de saúde, uma que vez, ao não problematizar as causas das situações e por fragmentar as questões envolvidas, não realiza articulação entre os determinantes em si e as consequências, e inviabiliza a realização de ações e o levantamento de estratégias eficazes e coerentes com as necessidades.

Outra questão a se ressaltar sobre o item que estamos tratando (“Condições de Vida, Trabalho e Ambiente”) é que ele acaba não fazendo menção as questões do trabalho no atual contexto, como o aumento progressivo das horas trabalhadas e

---

<sup>70</sup> Para exemplificar, trouxemos a questão sobre desastres naturais, em que o documento realiza um balanço do número de desastres no ano de 2012 (376), com número de óbitos de apenas 93, fato que nos trás reflexões de particular interesse. Se o documento tivesse realizado um balanço do ano de 2011 a análise seria totalmente diferente, já que é de conhecimento público, por exemplo, que ocorreu, no ano de 2011 um dos maiores “desastres naturais” do Brasil, especificamente na Região Serrana do Rio de Janeiro e cujo cálculo somente de óbitos foi superior a 700 e com um índice imenso de subnotificação. <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/2011/01/18/tragedia-deixa-mais-de-700-mortos-na-regiao-serrana-chuvas-afetam-95-mil-no-rio.jhtm>

dos desgastes físico e emocional decorrentes, os trabalhos degradantes, a diminuição de leis de proteção ao trabalho, trabalho infantil, escravo, não cita sobre o índice de desemprego, não oferece, portanto, subsídios para pensar estratégias que se compatibilizem com um modelo de atenção integral, universalista e equânime e eficiente.

Outro fator relacionado aos determinantes e condicionantes trazidos pelo PNS diz respeito aos “Hábitos e estilos de vida”, em que o documento os relaciona às condições de saúde, e afirma que integram o espectro de questões – sociais, econômicas, políticas, culturais – que envolvem a promoção da saúde, constituindo condição essencial à qualidade de vida individual e coletiva. Trata do tema da desnutrição e, apesar de fazer algumas conexões entre baixo peso e baixa altura em crianças e o aumento da escolaridade materna, a expansão da atenção à saúde (sobretudo da atenção básica); o aumento da renda familiar e a expansão do saneamento básico, etc, dá uma ênfase muito grande na relação entre questão nutricional e hábitos de vida, sem questionar, contudo, que os hábitos de vida, considerando as possibilidades de acesso aos bens entre outras coisas, são petrificados e estipulados pelas projeções e possibilidades postas pela própria sociabilidade capitalista e pela inserção dos indivíduos nas diferentes classes sociais. Nessa sociedade, parte dos atos, estilos e hábitos de vida não dependem da escolha dos indivíduos, e as determinações que marcam a sociedade de classe tanto estratificam os hábitos e estilos de vida quanto o próprio acesso aos recursos sociais e bens socialmente produzidos.

Quanto ao “estilo de vida”, apenas aborda questões relacionadas à inatividade, uso abusivo de álcool e sua relação com o risco das principais doenças crônicas não transmissíveis e dos acidentes e violência e afirma que o estilo de vida protege o indivíduo de vários agravos.

O próximo item trabalhado pelo PNS se refere ao “Acesso a Ações e Serviços de Saúde”, em que aproveita para realizar uma apresentação sobre os avanços do SUS desde sua institucionalização, reconhece que ainda não foi possível efetivar plenamente seus princípios de universalização do acesso e integralidade da atenção, bem como sinaliza para os desafios para assegurar a continuidade das

conquistas e permitir o enfrentamento dos problemas mais relevantes<sup>71</sup>.

Reconhece que a diversidade e heterogeneidade geográfica, econômica, social e étnica brasileira impõem a necessidade de novo enfoque na elaboração de políticas públicas e de saúde para segmentos historicamente excluídos- população negra, quilombolas, ciganos, população em situação de rua, população do campo e da floresta, lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Esse ponto é digno de nota, pois reconhecer que existem segmentos sociais historicamente excluídos e que eles possuem particularidades é indispensável para se pensar em qualquer pretensão de universalidade.

Quanto ao acesso propriamente dito, o documento afirma que o país dispõe de um conjunto amplo de estabelecimentos, ações e serviços, mas que ao mesmo tempo existe grande dificuldade de acesso em virtude da distribuição desigual de profissionais e serviços, com concentração em determinadas regiões e a sua carência ou inexistência em outros diversos locais. Quanto a isso, é importante ressaltar que o acesso não diz respeito só à disponibilidade, existência e distribuição dos estabelecimentos e das equipes, havendo outros elementos que tem impacto direto. A experiência do trabalho na área da saúde, por exemplo, nos permite afirmar que, muitas vezes, mesmo onde há estabelecimentos e serviços disponíveis, a equipe é insuficiente, não há estrutura necessária, medicamentos, insumos, etc. Outras questões estão para além dos estabelecimentos em si e envolvem questões como violência urbana, transporte, condições de locomoção, rede de suporte territorial, etc. Existem também problemáticas relacionadas ao próprio Sistema de Regulação de vagas no SUS (Sisreg) que, entre outras coisas, gera uma fila invisível que destitui a população da possibilidade de acompanhamento e cobrança sobre o poder público.

Quando partimos da compreensão de que a saúde é implicada por um conjunto complexo de fatores, tendo diversos condicionantes e determinantes e carecendo, para o seu atendimento, de um modelo de atenção universal, integral, equânime, é disso que se trata: de identificar que as questões que lhe atravessam

---

<sup>71</sup> Como a consolidação da prevenção e controle das novas e já conhecidas doenças infectocontagiosas, o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, o aumento de causas externas de morbidade e mortalidade como acidentes e violência interpessoal.

não são pontuais, entendimento sem o qual fica inviabilizada qualquer possibilidade de romper os desafios e propiciar a melhora da saúde da população.

Este item de “Acesso à ações e serviços” compreende um total de 14 subitens, que são: Atenção Básica; Atendimento ambulatorial no SUS: Produção Básica e Especializada; Atenção às urgências; Assistência Farmacêutica; Atenção a Populações específicas; Saúde da Mulher e da Criança; Atenção à saúde das pessoas com Doenças crônicas; Saúde Mental; Atenção à saúde da população indígena; Atenção à Pessoa com Deficiência; A Atenção Hospitalar no SUS; Transplantes; Imunizações; Complexo Produtivo e de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

Quanto à Atenção Básica, o documento é extremamente pontual e foca nos dados numéricos relativos aos programas vinculados ao setor, como “Estratégia Saúde da Família”, “Programa Mais Médicos”, “Programa Saúde da Família”, “Agentes Comunitários de Saúde” e “Equipes de Saúde Bucal”.

Quanto a estrutura de apoio às ações de atenção básica, fala do número de unidades básicas construídas, ampliadas e reformadas, mas não se preocupa em abordar outras questões como o contingente populacional abrangido ou não, o número de equipes, as formas de contratação dos profissionais que compõem as equipes, as formas de gestão desses estabelecimentos; sua descrição ganha tons de campanha de governo.

Quanto ao “atendimento ambulatorial no SUS: Produção básica e especializada” são apresentados dados comparativos de 12 anos (de 2002 a 2014) mostrando o aumento do número dos atendimentos e procedimento realizados de ações de promoção e prevenção de saúde, e de consultas, igualmente se expressando como propaganda de governo.

Entrando na parte de “atenção às urgências”, O documento faz um balanço e enaltece os números alcançados nas gestões anteriores (que, à propósito, também eram do governo PT) no que diz respeito a ao SAMU, quantidade de equipes e municípios atendidos (que não chega a 100%) e UPA’s ( Unidade de Pronto Atendimento).

Sobre “Assistência Farmacêutica” ressalta sua relação com à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva. O documento explicita a relação do SUS com o Mercado através dos fornecedores de medicamentos, informando que de 2003 a 2015 houve um aumento significativo com Orçamento



com gastos em Medicamentos, o que precisamos pontuar que não significa, necessariamente, maior abrangência, distribuição, acesso e aquisição por algumas parcelas de usuários do SUS. Esse tema, portanto, é um dos que apresentam estreitamento da relação público-privado e o favorecimento de projeção e expansão de um nicho de mercado muito específico e rentável dentro da saúde.

O Documento destaca alguns programas do Governo Federal sobre a questão dos medicamentos: Programa Farmácia Popular do Brasil, formado pelo “Farmácia Popular do Brasil- Rede própria” e as modalidades “Saúde Não Tem Preço” e “Aqui tem Farmácia Popular”, os quais nem bem se concretizaram de forma abrangente e já tem sido paulatinamente desmontados

O documento deixa claro que a disponibilidade de medicamentos e o acesso a eles se restringe à algumas especialidades e doenças, não mencionando qualquer possibilidade de acesso universal, apresenta o número de beneficiários dos programas federais, mas não busca refletir sobre a situação de milhares de brasileiros que não conseguem prover cuidados integrais à saúde pela ausência de medicamento e falta de condições objetivas de aquisição via Mercado. Quando estamos inseridos no campo do trabalho na saúde, o cotidiano nos revela que a realidade pela qual passam os usuários do SUS no que se refere à questão dos medicamentos impacta visceralmente nas possibilidades de cuidados, promoção e restabelecimento da saúde, se constituindo como questão central para a qualidade de vida e tratamento.

Quanto a “Atenção a populações específicas”, abordaremos algumas questões pontuais. No que diz respeito à “Saúde da Mulher e da Criança”, o documento informa que em 2015 foram registrados 5.303 mamógrafos em uso, dos quais 2.596 estavam disponíveis para usuários do SUS. Trata com naturalidade o fato de que há mais mamógrafos indisponíveis para usuários do SUS do que disponíveis, e não reflete se os disponíveis são suficientes para a demanda. Ou seja, o número retrata uma evolução expressiva do setor privado.

Quanto a “Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas”, O documento relata que há prioridade na atenção oncológica, ressaltando a medida de se assegurar o início do tratamento em no máximo 60 dias (vigente desde 2013). Esse é um dos temas que sofrem alterações quando o ANEXO I do PPA é atualizado em 2018, pois tem relação com um indicador de saúde que foi suprimido. Por ora, cabe mencionar que o próprio documento não questiona sobre as

possibilidades das quais dispõe o sistema para cumprir essa medida, ademais, já apontamos que o Câncer está entre os maiores casos de óbito no Brasil, contudo, sua atenção parece reduzida neste PNS 2016-2019, configurando uma questão não prioritária.

Com relação à radioterapia, aborda outro dado interessante: afirma que de 2011 a 2014 foram habilitados 14 novos hospitais de alta complexidade que realizam radioterapia, sendo 4 da rede pública e 10 da rede privada. Utilizam esse dado para afirmar que houve crescimento de 10,6% de estabelecimentos de saúde habilitados em radioterapia. Demonstra tanto a relação entre o público e o privado sob a justificativa de complementaridade quanto o fortalecimento da rede privada em detrimento da rede pública.

O documento também chama atenção para o crescimento do número de programas de promoção da saúde e prevenção oferecidos por planos privados, reforçando a partilha da responsabilidade e a consequente desobrigação do Estado.

Sobre a “Atenção à saúde da população indígena”, há de se ressaltar que trata-se de um segmento populacional historicamente excluído e subjugado, cujas particularidades demandam atenção específica, e o fato da temática constar nesse PNS não garante atenção efetiva mas sinaliza para um mínimo de responsabilização do Estado quanto às Políticas Públicas afins.

Quanto a “Atenção Hospitalar no SUS”, o documento trás o balanço numérico das internações por tipo com um comparativo entre os anos de 2002 e 2014, o que não permite compreender em que condições se encontram os hospitais no Brasil, tampouco a complexidade dos quadros de saúde e adoecimento que levam à população a procurar serviços hospitalares, e não menciona sobre a parcela da população que sequer consegue atendimento hospitalar em virtude da precariedade, ausência de insumos e de estabelecimentos e equipes suficientes e disponíveis. Também não aborda o grau de resolutividade das hospitalizações e internações diante dos quadros de adoecimento da população.

No que se refere ao tema das “Imunizações”, o documento segue fazendo balanços numéricos, com abordagem de cunho propagandista, descolado da realidade e sem discutir os motivos pelos quais a vacinação também não tenha conseguido alcance mais próximo de 100%.

O Próximo subitem da análise situacional abordado diz respeito ao “Complexo Produtivo e de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde”. Este item não trás dados

sobre a evolução do setor, como os outros itens, mas explica o que é a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS).

Destaca a parceria com instituições internacionais e nacionais, em especial o CNPQ (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológicos) e as fundações de Amparo às Pesquisas Estaduais.

Fala sobre fomento à inovação e produção em uma perspectiva direcionada ao parque produtivo nacional de equipamentos, materiais, fármacos e medicamentos, e informa que, para potencializar a capacidade de produção, foram desenvolvidas as chamadas Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). Desde 2009 foram aprovadas 104 propostas de projetos de PDP. Estão envolvidas 43 entidades privadas (25 nacionais e 18 de capital estrangeiro) e 18 instituições públicas.

O PNS trata do tema longamente e enaltece as parcerias público-privadas. Com isso, temos base para afirmar duas coisas: primeiro que trata-se de um nicho de mercado muito particular dentro do SUS e, segundo, que a iniciativa privada parece já estar estabelecida nesse espaço. O documento, inclusive, afirma que essas parcerias trouxeram economia.

Em seguida o documento passa a tratar de outro item: “Gestão em Saúde”, subdividido na abordagem sobre recursos financeiro e orçamentários; e gestão do trabalho e da educação em saúde, em que afirma que:

“Com relação às pessoas envolvidas nos processos de trabalho do SUS, o desafio atual trata-se de qualificação e das condições adequadas para uma distribuição espacial racional do trabalho em saúde” (MS, PNS 2016-2019, pág. 52).

Tal direção parece não contemplar todas as problemáticas que envolvem o trabalho no setor saúde, desde a contratação, as formas de acesso, as condições de trabalho, as possibilidades de educação permanente, direitos trabalhistas, remuneração, sobrecarga, etc. O Planejamento Estratégico 2016-2019 já abordado nos esclarece que a proposta governamental para a gestão do trabalho permeia estratégias que não fortalecem o serviço público e enaltece formas privadas de gestão e contratações por fora da via do concurso público.

Ainda refere iniciativas voltadas para a desprecarização do trabalho e o fortalecimento de mecanismos de negociação entre gestores e trabalhadores como

importante espaço para diálogo e pactuação na busca da melhoria da qualidade do trabalho.

É conhecido que a expressão “mecanismos de negociação” nem sempre sugere uma negociação horizontalizada e transparente. É preciso fortalecer no âmbito do SUS, condições de trabalho, equipe suficiente, estrutura, condições reais e objetivas de qualificação, plano de cargos e carreiras, valorização do profissional, equidade de tratamento, estabilidade profissional, enfim. Diversas questões podem ser trabalhadas no que tange à gestão do trabalho em saúde, de modo a não restringir o tema à qualificação e distribuição espacial de trabalhadores.

Assim, encerra-se a análise situacional trazida pelo Plano Nacional de Saúde 2016-2019, que é parte extremamente importante de qualquer instrumento de gestão que tenha como base metodológica uma estrutura de “planejamento estratégico”, e por se constituir como uma espécie de “radiografia” do setor, abordar os índices de saúde no Brasil e expressar as prioridades adotadas consideramos importante abordar suas particularidades e aprofundar as observações sobre algumas temáticas, destacando questões muito específicas que, à princípio, não parecem ser tão relevantes do ponto de vista da análise geral deste Plano, mas que, se observadas atentamente, possibilitam, a partir da forma com que o Estado aborda e lida com esses temas e daquilo que destaca como demanda e proposta de ação, identificar a forma com que ele concebe a própria saúde e que tipo de modelo de atenção está configurando.

De modo geral, identificamos que o documento se furta de alguns questionamentos e expressa outras considerações que acreditamos ter desdobramentos sobre a concepção de saúde e o modelo de atenção adotado, de modo que os flexibiliza e repercute nas relações público-privadas e impõe impasses às garantias de participação social e nas possibilidades de controle de social. Quanto aos dados e a forma com que são trabalhados, identificamos que não apontam as reais problemáticas do setor e, portanto, não tem efeito prático para a estruturação de um sistema e de estratégias que se desdobrem em melhoria efetiva dos serviços.

Os temas trabalhados no PNS 2016-2019 vinham acompanhados dos dados do setor que ou não apresentavam maiores correlações com os seus determinantes, ou se apresentavam como autopromoção de uma imagem de governo. Além disso, cada temática utiliza dados retirados de fontes de pesquisa diferentes e sem

padronização quanto aos anos de referência. Vários dados, inclusive, nem citam a fonte de referência, expressando uma apropriação e utilização seletiva de dados.

Quanto à qualidade do sistema, dos serviços e das condições de vida e saúde da população, a própria metodologia adotada para a construção do PNS 2016-2019, ao se amparar em muitos dados numéricos, não permite ir além de comparações estatísticas e não trás subsídios suficientes para pensar os reais gargalos do sistema.

Algo que trás bastante incômodo ao longo desse PNS é que praticamente todos os temas apresentados não demonstraram alcance de 100% da população (e nem pretensão), e o documento não realizava questionamentos sobre isso, demonstrando, junto a tantos outros fatos, que o sistema não só está longe de ser universal como não coloca o princípio da universalidade como valor central, bem como expressa que as ações e o seu alcance (ou limite) tem intrínseca relação com o recorte de classe, uma vez que há uma classe, ou uma parcela considerável dela, que está à margem dos serviços e das condições de promoção da saúde.

Dentro disso, observamos que o documento como um todo, também não faz nenhum tipo de referência às demandas da população usuária, não utiliza como medida das questões apresentadas qualquer tipo de avaliação e de pesquisa de opinião realizada junto à população que utiliza os serviços. O Controle Social aparece nesse documento muito mais, nas Diretrizes Estratégicas recomendadas pelo Conselho Nacional de Saúde do que como aspecto central no que diz respeito à definição das prioridades e das demandas.

Este documento também deixa explícitas as diversas formas pelas quais se estabelece a relação entre o setor público e o privado, em especial no que tange aos medicamentos, à produção de pesquisas, a oferta de serviços pela rede privada na cobertura de lacunas e de forma dita “complementar” e nas formas de “parceria” (com destaque para a realização de exames, como demonstramos nos casos de mamografia e tratamentos de radioterapia), apontando, de forma naturalizada, para um modelo de atenção que não tem sido integralmente universal, público e equânime.

Consideramos importante destacar que o documento aponta as ações e serviços em saúde muitas vezes sem realizar a devida correlação com as condições de vida como um todo, inclusive sem questionar sobre a relação entre o avanço

predatório do capital sobre o meio ambiente e suas consequências enquanto problema de saúde pública.

O que consideramos mais relevante nessa parte de nossa pesquisa, foi a possibilidade de identificar a forma como o documento, ao se valer de uma abordagem que é, em certa medida, fragmentada, pontual, biologizante, centrada na doença e descolada dos demais determinantes e das próprias condições de vida, bem como de um discurso que aponta para uma pretensa melhoria da qualidade dos serviços, flexibiliza a concepção de saúde e naturaliza a não universalidade do sistema, propiciando o fortalecimento de narrativas que julgam absolutamente necessárias as parcerias com a saúde suplementar e serviços privados; e mais, ao não questionar a relação intrínseca que existe entre o modo de produção capitalista e as condições de vida e acesso da população, não corrobora com a perspectiva do movimento da Reforma Sanitária que aponta para a necessidade de um sistema progressivo e avesso às contradições do capital. Aliás, ao negligenciar que as contradições do capital tem relação com as condições de saúde pública, coletiva e individual, não possibilita produzir resultados eficazes de saúde, deslegitima o SUS e corrobora com as expectativas de mercadorização da saúde.

Essas reflexões tem como base fundamental o entendimento de que o SUS, como uma das proposições do Projeto da Reforma Sanitária, se volta à perspectiva de melhoria contínua do sistema, e uma proposta de atenção universal, integral, igualitária e estatal, em que o horizonte da Reforma Sanitária compactua com o horizonte da superação da sociedade de classes.

Quando o PNS 2016-2019 fixa cada tema a poucas linhas que mais promovem ações realizadas anteriormente do que reflete sobre uma problemática, ele expressa, nitidamente, qual é a postura do Estado, dando subsídios para afirmar que ele não atua no campo das reais necessidades de saúde, mas situa suas ações em um espaço bastante restrito e delimitado, cujo atendimento às necessidades de saúde tem como limite o próprio espaço de expansão do capital.

Em nossa concepção, embora o PNS 2016-2019 não tenha sido elaborado na gestão de Temer, essa gestão o ratificou, já que não elaborou nenhuma versão atualizada, indicando, portanto, traços de continuidade. Isso não quer dizer, contudo, que também não haja traços de diferenciação, tanto que já demonstramos que outros instrumentos de gestão governamental que impactam nos rumos da saúde sofreram atualizações no período Temer.

Como observação final acerca desse instrumento em sua parte da análise situacional, é importante apontar que, embora ofereça indícios de um processo de flexibilização do conceito de saúde e do modelo de atenção que, em última instância, legitima e naturaliza os processos de privatização e de mercadorização da saúde sob o argumento de melhoria dos serviços, não expressa textualmente e explicitamente uma posição contrária ao SUS e aos seus princípios, motivo pelo qual identifica-se nele a expressão da própria contradição do Estado, que se centra no liame entre a aparência e sua essência. Ou seja, na aparência, trata-se de um planejamento com características até progressistas, mas uma análise mais profunda permite desnudar sua função ideológica e de legitimação de uma proposta de saúde que contradiz os princípios mais fundamentais do SUS.

Dentro disso, há de se recuperar que o Estado é o articulador principal da construção dos documentos componentes da gestão e do planejamento em saúde, mediação que permite reforçar a concepção de que o momento de gestão de Michel Temer reafirma o Estado como instância não do interesse comum, mas de reprodução das condições indispensáveis para o processo de reprodução do capital e da conformação da base ideológica que o sustenta, sempre transmutado nos discursos falsos do bem e o do interesse geral da sociedade expressos institucionalmente através da sua estrutura institucional, administrativa, burocrática, formal e normativa.

#### 4.4.2 Algumas Análises Comparativas Entre os Instrumentos e Considerações

##### Gerais

Já tendo discorrido sobre os instrumentos quadrienais individualmente, buscando conhecer de forma geral seus apontamentos e discorrendo sobre as reflexões que nos remetem quanto às categorias de análise que destacamos, buscamos realizar algumas comparações analíticas entre os instrumentos de gestão e de planejamento no que diz respeito às alterações realizadas nos objetivos, metas e indicadores ao longo da gestão de Temer, sobretudo levando em consideração o ANEXO I do PPA que foi atualizado em 2018 e seus rebatimentos nos instrumentos

de gestão anuais do ano-base 2018 (Programação anual de saúde e Relatório anual de Gestão).

Essas comparações serão apresentadas em formato de quadros, seguidas de nossas reflexões. Para facilitar a leitura, segue a lista com as abreviações que utilizamos:

- PPA - Plano Plurianual
- PPA AN. Orig.- ANEXO I original do PPA
- PPA AN. Atual. – ANEXO I atualizado do PPA
- PNS – Plano Nacional de Saúde
- PAS – Programação Anual de Saúde
- RAG – Relatório Anual de Gestão
- C. M. – Catálogo de Metas (contido no site do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão)

Na primeira tabela, de modo mais informativo, estão expostos os Objetivos estipulados para a saúde para o quadriênio 2016-2019, os quais constam inicialmente no PPA e são reafirmados nos demais instrumentos, os quais estão expostos na ordem cronológica<sup>72</sup>.

---

<sup>72</sup> Quando falamos em ordem cronológica dos instrumentos estamos nos referindo à ordem com que eles foram publicizados e não necessariamente à ordem que deveriam ter sido elaborados. Nem todos foram lançados na gestão Temer e saber exatamente quando eles foram lançados auxilia a identificarmos qual gestão foi responsável por seu conteúdo. Dentre os instrumentos postos nessa tabela aponta-se que: 1) PPA AN. Orig. foi lançado por Dilma; 2) o PNS foi lançado por Dilma e não recebeu atualizações; 3) o PAS 2018 é da gestão de Temer; 4) o Cat. Metas é um documento lançado em Novembro de 2018 na Gestão de Temer.; 5) o PPA AN. Atuali. é uma atualização feita na gestão de Temer em Setembro de 2018; 6) o RAG 2018 é da gestão de Temer.



Tabela 1 – Comparativo entre os Instrumentos de Gestão e Planejamento no que tange aos objetivos – em ordem cronológica – Brasil – 2018

(continua)

PPA- objetivos	PPA AN. Orig.	PNS	PAS 2018	Cat. Metas 2018	PPA AN. Atual.	RAG 2018
Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.	ok	ok	ok	ok	ok	ok
Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.	ok	ok	ok	ok	ok	ok
Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.	ok	ok	ok	ok	ok	ok
Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.	ok	ok	ok	ok	ok	ok
Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS.	ok	ok	ok	ok	ok	ok
Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.	ok	ok	ok	ok	ok	ok
Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.	ok	ok	ok	ok	ok	ok

Tabela 1 – Comparativo entre os Instrumentos de Gestão e Planejamento no que tange aos objetivos – por ordem cronológica – Brasil – 2018

PPA- objetivos	(conclusão)					
	PPA AN. Orig.	PNS	PAS 2018	Cat. Metas 2018	PPA AN. Atual.	RAG 2018
Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, análises de situação de saúde, inovação em saúde e a expansão da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS.	ok	ok	ok	ok	ok	ok
Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.	ok	ok	ok	ok	ok	ok
Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.	ok	ok	ok	ok	ok	ok
Aprimorar o marco regulatório da Saúde Suplementar, estimulando soluções inovadoras de fiscalização e gestão, voltadas para a eficiência, acesso e qualidade na atenção à saúde, considerando o desenvolvimento sustentável do setor.	ok	ok	ok	ok	ok	ok
Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor.	ok	ok	ok	ok	ok	ok

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018. MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO, PLANEJAMENTO E GESTÃO. 2018

Todos os 12 objetivos postos inicialmente pelo PPA (Plano Plurianual) são reafirmados nos demais instrumentos, contudo, o Plano Nacional de Saúde 2016-2019 (PNS) apresenta um objetivo a mais do que o PPA original, o qual foi assumido pela PAS 2018 e pelo RAG 2018, mas na versão atualizada do ANEXO I do PPA ele não aparece. Esse objetivo é voltado à promoção da atenção à saúde dos povos indígenas, e acreditamos que a sua inserção no PNS 2016-2019 pode ter relação com processos de participação social em torno da construção do PNS.

O próximo quadro realiza o mesmo balanço comparativo, porém, em relação aos indicadores de saúde. Os instrumentos de gestão estão dispostos na tabela em ordem cronológica, e são considerados apenas aqueles onde os indicadores aparecem.

Tabela 2 - Comparativo entre nos instrumentos no que tange aos indicadores de saúde – Brasil – 2016 a 2019

(continua)

ANEXO I do PPA 2016-2019 - Indicadores		PNS <sup>73</sup>	PPA AN. Atual. <sup>74 75</sup>	RAG 2018 <sup>76 77</sup>
1	Cobertura da Triagem Auditiva Neonatal	ok	ok	ok
2	Cobertura de Equipe de Saúde Bucal	ok	ok	ok
3	Cobertura de Equipe de Saúde da Família	ok	ok (redação ampliada)	ok
4	Cobertura de municípios no Programa Farmácia Popular - Aqui Tem Farmácia Popular	ok	Não	Não
5	Cobertura de serviços de reabilitação	ok	ok (redação ampliada)	ok (redação ampliada)
6	Cobertura do Programa Saúde na Escola	ok	ok (redação ampliada)	ok (redação ampliada)
7	Cobertura populacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192	ok	ok	ok
8	Cobertura vacinal contra gripe	ok	ok	ok
9	Coeficiente de prevalência de hanseníase	ok	ok	ok
10	Esperança de vida ao nascer	ok	ok	ok
11	Incidência de Sífilis Congênita	ok	ok	ok
12	Índice de Municípios desenvolvendo ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano	ok	ok	ok
13	Índice de transplantes de órgãos sólidos	ok	Não	ok
14	Letalidade por dengue	ok	ok	ok
15	Número de Unidades da Federação com pelo menos 85% de óbitos de mulheres em idade fértil ? MIF investigados	ok	ok	ok
16	Número de Unidades da Federação com pelo menos 90% de óbitos maternos investigados	ok	ok	ok

<sup>73</sup> O PNS inseriu um indicador: Percentual de municípios infestados pelo mosquito *Aedes Aegypti* que realizaram, no mínimo 80% de visitas nos imóveis, em pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares.

<sup>74</sup> O Anexo I do PPA atualizado em 2018 retira o indicador inserido pelo PNS 2016-2019, citado acima.

<sup>75</sup> O PPA NA. Atual. Inseriu outro indicador: Número de casos autóctones de malária por *Plasmodiumfalciparum*.

<sup>76</sup> O RAG 2018 Manteve o indicador inserido pelo Anexo do PPA atualizado 2018: Número de casos autóctones de malária por *Plasmodiumfalciparum*.

<sup>77</sup> O RAG 2018 Também manteve o indicador colocado pelo PNS: Percentual de municípios infestados pelo mosquito *Aedes Aegypti* que realizaram , no mínimo 80% de visitas nos imóveis, em pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares.

Tabela 2 - comparativo entre nos instrumentos no que tange aos indicadores de saúde – Brasil – 2016 a 2019

		(conclusão)		
ANEXO I do PPA 2016-2019 - Indicadores		PNS <sup>78</sup>	PPA AN. Atual. <sup>79 80</sup>	RAG 2018 <sup>81 82</sup>
17	Número de Unidades da Federação com pelo menos 95% de óbitos com causa básica definida	ok	ok	ok
18	Percentual de ampliação de campos de radioterapia realizados no país	ok	ok	ok
19	Percentual de cobertura municipal de notificação de violência doméstica, sexual, e outras violências	ok	ok	ok
20	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Visa consideradas necessárias a todos os municípios, no ano	ok	Não	Não
21	Percentual de óbitos em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs)	Não	ok	Não
22	Percentual de pacientes com câncer, atendidos no Sistema Único de Saúde, que iniciam tratamento em até 60 dias após o diagnóstico	Não	Não	Não
23	Percentual de risco sanitário total em portos, aeroportos e fronteiras	ok	ok	Não
24	Proporção de estados com suficiência de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)	ok	Não	Não
25	Proporção de partos normais	ok	ok (redação ampliada)	ok
26	Razão de mortalidade materna	ok	ok	ok
27	Taxa de incidência de Aids	ok	ok	ok
28	Taxa de incidência de tuberculose	ok	ok	ok
29	Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas	ok	ok	ok
33	Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório	ok	ok	ok
34	Taxa de mortalidade prematura (30 a 70 anos) por DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	ok	ok	ok
35	Taxa de prevalência de excesso de peso	ok	Não	Não
<b>Total:</b>		<b>34</b>	<b>30</b>	<b>30</b>

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018. MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO, PLANEJAMENTO E GESTÃO. 2018

<sup>78</sup> O PNS inseriu um indicador: Percentual de municípios infestados pelo mosquito *Aedes Aegypti* que realizaram, no mínimo 80% de visitas nos imóveis, em pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares.

<sup>79</sup> O Anexo I do PPA atualizado em 2018 retira o indicador inserido pelo PNS 2016-2019, citado acima.

<sup>80</sup> O PPA NA. Atual. Inseriu outro indicador: Número de casos autóctones de malária por *Plasmodiumfalciparum*.

<sup>81</sup> O RAG 2018 Manteve o indicador inserido pelo Anexo do PPA atualizado 2018: Número de casos autóctones de malária por *Plasmodiumfalciparum*.

<sup>82</sup> O RAG 2018 Também manteve o indicador colocado pelo PNS: Percentual de municípios infestados pelo mosquito *Aedes Aegypti* que realizaram , no mínimo 80% de visitas nos imóveis, em pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares.

Nota-se que o desde o Anexo I do PPA (original), que é o local onde primeiro esses indicadores se encontram, houve queda do número de indicadores utilizados nos instrumentos subsequentes.

O Anexo I original do PPA 2016-2019 utiliza 35 indicadores, e ele baliza a construção do Plano Nacional de Saúde que, por sua vez, subtrai dois indicadores e acrescenta um, tendo ao final 34 indicadores. Os dois indicadores suprimidos são os seguintes:

- 1) Percentual de óbitos em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs);
- 2) Percentual de pacientes com câncer, atendidos no Sistema Único de Saúde, que iniciam tratamento em até 60 dias após o diagnóstico. (Cabe destacar que ao mesmo tempo em que a análise situacional do PNS aborda essa questão como central, o PNS suprime o indicador que possibilita verificar o seu alcance).

E o indicador acrescentado no PNS em relação ao PPA Anexo I Original é o que segue:

- 1) “Percentual de municípios infestados pelo mosquito *Aedes Aegypti* que realizaram, no mínimo 80% de visitas nos imóveis, em pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares.”

Já no ANEXO I do PPA atualizado em 2018, identificamos a utilização de um total de 30 indicadores, cinco a menos do que o Anexo I Original do PPA. Ele suprimiu seis indicadores e acrescentou um. Os indicadores suprimidos são os que seguem:

- 1) Cobertura de municípios no Programa Farmácia Popular - Aqui Tem Farmácia Popular;
- 2) Índice de transplantes de órgãos sólidos;
- 3) Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de VISA consideradas necessárias a todos os municípios, no ano;
- 4) Percentual de pacientes com câncer, atendidos no Sistema Único de Saúde, que iniciam tratamento em até 60 dias após o diagnóstico.

- 5) Proporção de estados com suficiência de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)
- 6) Taxa de prevalência de excesso de peso

Além disso, alterou a redação de outros quatro indicadores, coisa que pode dificultar no monitoramento, já que a alteração da redação pode alterar a amplitude do dado.

O indicador acrescentado pelo ANEXO I atualizado do PPA é o mesmo que o PNS acrescentou:

- 1) “Percentual de municípios infestados pelo mosquito *Aedes Aegypti* que realizaram, no mínimo 80% de visitas nos imóveis, em pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares.”

Os indicadores são dados sobre o setor que aparecem, sobretudo, no Relatório Anual de Gestão, servindo como referência para a medição dos níveis alcançados naquele ano, alguns também podem aparecer na análise situacional do PNS, e servem para identificar avanços, estagnações e retrocessos. A supressão de indicadores pode acarretar severo impacto para a análise do setor saúde no atual contexto, não só dentro de um mesmo período governamental, mas também no próximo, já que sua periodização quadrienal dos instrumentos de gestão da saúde avança um ano na gestão seguinte.

Cada indicador que se negligencia, dificulta conhecer e analisar o setor sobre o qual se pretende planejar, ou melhor, restringe as possibilidades de identificação das lacunas do setor e conseqüentemente, o levantamento de estratégias.

A falta de dados, de parâmetros para análise, ou a existência de dados distanciados da realidade e comprometidos, tem como desdobramento várias conseqüências, a primeira e mais perigosa é a impossibilidade de atuar sobre as lacunas e, portanto, sobre os fatos que precarizam as condições de saúde, de vida e de acesso aos serviços. Outra conseqüência, muito mais política e ideológica, é o fato de que, a omissão de dados sobre áreas ou temas complexos e cuja realidade demonstra baixos níveis de alcance, trás a falsa aparência de que não há problemas. Para fins estatísticos e de balanço governamental é muito mais viável suprimir dados que jogam contra o governo do que trazê-los à luz.

Pudemos notar que os indicadores aparecem em 3 instrumentos: Plano Plurianual (no ANEXO I, em que pudemos comparar o anexo original e o anexo

atualizado em 2018), no Plano Nacional de Saúde e nos Relatórios Anuais de Gestão (da saúde). O Relatório Anual de Gestão que estamos analisando diz respeito ao ano-base 2018.

Este instrumento (RAG) monitora tanto os indicadores de saúde quanto o alcance das metas anuais em relação às metas quadrienais. Quando o RAG 2018 foi elaborado já havia a versão atualizada do ANEXO I do PPA, portanto, notamos que o RAG 2018 chega a utilizar algumas alterações do ANEXO I atualizado do PPA pontualmente, sobretudo na alteração da redação de alguns indicadores. O RAG 2018, na realidade, seleciona em cada instrumento anterior (PNS, Anexo I Original e o Anexo atualizado do PPA) os indicadores e a redação que considera mais adequada, ou seja, realiza o monitoramento dos indicadores de forma seletiva.

Esse RAG utiliza apenas 30 indicadores (enquanto o anexo I do PPA original tem 35 e o PNS tem 34). Ele suprime um total de 7 indicadores, dos quais 5 são os mesmos já suprimidos pelo ANEXO I atualizado do PPA:

- 1) Cobertura de municípios no Programa Farmácia Popular - Aqui Tem Farmácia Popular;
- 2) Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Visa consideradas necessárias a todos os municípios, no ano;
- 3) Percentual de pacientes com câncer, atendidos no Sistema Único de Saúde, que iniciam tratamento em até 60 dias após o diagnóstico;
- 4) Proporção de estados com suficiência de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);
- 5) Taxa de prevalência de excesso de peso.

E os outros 2 indicadores suprimidos são os que seguem:

- 1) Percentual de óbitos em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs);
- 2) Percentual de risco sanitário total em portos, aeroportos e fronteiras.

Ou seja, suprimiu um total de 7 indicadores em relação ao PPA (Anexo I original). Manteve 1 indicador inserido pelo Anexo do PPA atualizado 2018 (Número de casos autóctones de malária por *Plasmodium falciparum*) e 1 indicador colocado pelo PNS (Percentual de municípios infestados pelo mosquito *Aedes Aegypti* que realizaram , no mínimo 80% de visitas nos imóveis, em pelo menos, 4 ciclos de

visitas domiciliares).

O importante é salientar que a supressão de indicadores inviabiliza a análise de temas extremamente importantes e demonstra, de forma sutil, a atuação do Estado, em seu nível administrativo estratégico do qual o Ministério da Saúde faz parte, uma das tantas formas de criar uma imagem governamental afastada da realidade.

## **ALGUMAS ANÁLISES SOBRE OS INDICADORES A PARTIR DO RAG 2018**

Quando nos debruçamos sobre o Relatório Anual de Gestão do ano de 2018, especificamente analisando seus indicadores, notamos que de todos os 30 indicadores postos, apenas 16 apresentavam na parte do “índice e Ano de Competência do Monitoramento” dados relativos ao ano de 2018. Dos 14 restantes, 3<sup>83</sup> indicadores simplesmente copiam as informações do RAG 2017 (demonstrando que não houve investimento público sobre eles no que tange ao seu monitoramento), os outros 11 trazem índices de referência mais atualizados do que os utilizados no RAG 2017, mas não monitoram o ano 2018; ainda tem 3 indicadores dentre esses 11 que além de não monitorarem o ano de 2018, também não utilizam os índices de ano e de competência da referência mais atualizados possíveis (já que usam índices de referência mais antigos do que os utilizados pelo próprio RAG 2017). Além, é claro, dos sete indicadores que simplesmente não foram monitorados e publicizados em virtude da sua supressão.

Importante destacar que o monitoramento dos indicadores deve ser realizado anualmente e, conforme apontamos, apenas 16 indicadores do RAG 2018 avaliam/monitoram indicadores de fato do ano 2018, o que faz com que haja uma defasagem temporal na avaliação dos mesmos<sup>84</sup>. Entretanto, quando realizamos um

---

<sup>83</sup> Índice de transplantes de órgãos sólidos; Número de Unidades da Federação com pelo menos 85% de óbitos de mulheres em idade fértil – MIF investigados ; Número de Unidades da Federação com pelo menos 90% de óbitos maternos investigados.

<sup>84</sup> A maioria dos indicadores com defasagem de monitoramento apresentam índices do ano de 2016 e 2017, enquanto deveriam todos ser referentes ao ano-base 2018.



comparativo breve deste RAG com o do ano de 2017 é possível identificar que esse padrão de defasagem já vinha como tendência. Inclusive, os indicadores que aparecem com essa defasagem no RAG 2018 são os mesmos que já vinham defasados pelo menos desde o RAG 2017. Talvez fosse interessante, em outras oportunidades de pesquisa, analisar mais profundamente essas tendências contidas nos instrumentos de gestão, posto que tem rebatimento concreto em qualquer tentativa de planejamento de ações e de compreensão do dado em sua aplicação na realidade concreta.

Esses fatos não nos mostram exatamente a direção do governo com relação às ações que impactam positivamente ou negativamente nesses indicadores propriamente dizendo, mas demonstram que a atenção com relação a eles não foi uma prioridade tão expressiva a ponto de estimular que eles fossem atualizados em tempo e, portanto, estivessem em condições de crítica e aprimoramento.

Infelizmente, da forma como os indicadores e seus respectivos anos/índices de referência e de monitoramento estão postos no RAG 2018 fica inviável verificar o avanço anual dos mesmos, de realizar comparações de um ano para o outro, e de analisar seus avanços reais dentro do quadriênio.

Da forma como são gerenciados e monitorados dentro do período em análise, os indicadores não expressam a realidade efetiva do setor saúde, primeiro porque alguns foram simplesmente suprimidos, e segundo por que o seu monitoramento anual está comprometido.

Do que é possível analisar em relação à flutuação desses indicadores no RAG 2018, cabe apontar que, apenas 8 indicadores (dos 30) trazem dados de anos sequenciais, mas nenhum desses alcança o ano de 2018. Os índices de referência, em boa parte, são relativos aos anos 2013, 2014 e 2015, ou seja, também defasados.

Pudemos observar, também, que de todos os 30 indicadores que constam no RAG 2018, 9 representaram tendência negativa (de piora) no ano de 2018, cuja melhoria só se torna possível se houver esforço de relacionar a temática aos diversos condicionantes econômicos e sociais que lhes atravessam, e não de forma

pontual e fragmentada.<sup>85</sup>

De todos os indicadores suprimidos deste RAG 2018, consideramos relevante, trazermos algumas reflexões acerca de dois deles em especial:

- 1) “Cobertura de municípios no Programa Farmácia Popular - Aqui Tem Farmácia Popular;

Este indicador é suprimido do Relatório Anual de Gestão do ano-base 2018, portanto, não foi monitorado neste ano. Apesar disso, consideramos relevante trazer algumas informações que estão por fora dos instrumentos de gestão mas que podem explicar e exemplificar um, dos vários motivos pelos quais um indicador poder ser suprimido.

Segundo a Revista Fórum (online) 400 Farmácias públicas administradas pelo governo Federal (do Programa “Farmácia Popular”) foram fechadas em 2017 durante a gestão de Michel Temer, deixando de atender cerca de 7 milhões de pessoas. Além disso, houve queda na distribuição dos medicamentos pelas farmácias privadas conveniadas.<sup>86</sup>

Nota-se que não é interesse do governo monitorar e, sobretudo, publicizar um dado que nitidamente teria a função de expor esse governo, não em termos de fragilidade, mas em termos de intencionalidade.

- 2) “Percentual de pacientes com câncer, atendidos no Sistema Único de Saúde, que iniciam tratamento em até 60 dias após o diagnóstico”<sup>87</sup>;

---

<sup>85</sup> De modo a dar visibilidade a tais afirmativas, seguem os indicadores que tiveram alcance negativo (com a numeração com que aparecem no RAG 2018): 8-Coeficiente de prevalência de hanseníase- comparação entre os anos 2015 e 2018; 10- Incidência de Sífilis Congênita- 2015 /2018; 13- Letalidade por dengue – 2015/2018; 14- Número de casos autóctones de malária por Plasmodiumfalciparum – 2015-2018; 19- Percentual de ampliação de campos de radioterapia realizados no país – 2015/2018; 22- Razão de mortalidade materna – 2015/2016; 26- Taxa de mortalidade infantil – 2015/ 2016; 27- Taxa de mortalidade neonatal precoce- 2015/2016; 28- Taxa de mortalidade neonatal tardia – 2015/2016

<sup>86</sup><https://revistaforum.com.br/programa-farmacia-popular-deixa-de-atender-7-milhoes-em-dois-anos/>

<sup>87</sup><http://www.oncoguia.org.br/conteudo/decisao-no-fim-do-governo-temer-gera-desabastecimento-de-drogas-contratadores-raros/12491/7/>

Á respeito da questão do câncer, trouxemos uma notícia que atesta a não prioridade efetiva que a gestão de Michel Temer deu ao tema, em contradição ao que estava posto no campo do planejamento em saúde e à própria constatação trazida pelo PNS de que o câncer é uma das principais causas de morte no Brasil. Segundo o site Oncoguia, o governo de Michel Temer, já no apagar das luzes, deixou de importar um medicamento essencial para o tratamento de cinco tumores raros que afetam mais as crianças e repassou, sem aviso prévio, essa responsabilidade aos hospitais oncológicos, em que a decisão não avisada, feita de maneira abrupta e a incompatibilidade orçamentária entre os recursos dos hospitais e a aquisição destes medicamentos gerou desabastecimento e dificuldade de reposição dos mesmos.

## **ALGUMAS OBSERVAÇÕES COMPARATIVAS QUANTO ÀS METAS**

Avançando em nossas análises comparativas entre os instrumentos de gestão e as alterações realizadas durante a gestão Temer, uma questão importante diz respeito às *metas*. Elas são estipuladas de forma quadrienal e revistas anualmente. No que diz respeito ao campo da saúde no âmbito da gestão federal, cabe mencionar que o PPA aponta os objetivos do quadriênio, já as metas relativas a cada objetivo estão colocadas no seu ANEXO I.

As metas são todas revistas anualmente pela Programação Anual de Saúde, enquanto que o Relatório Anual de Gestão faz o balanço do seu alcance. Realizamos um balanço comparativo das metas nos diferentes instrumentos e apresentaremos no quadro a seguir as metas que sofreram, ao longo do quadriênio, alteração quanto ao índice de referência/esperado, em relação ao que constava originalmente no PNS 2016 – 2019.

Assim como os quadros anteriores, o quadro que segue também apresenta os instrumentos em ordem cronológica.

Tabela 3 – Metas alteradas segundo cada objetivo posterior ao PNS

(continua)

OBJETIVO 01 PNS:	Metas alteradas		
	Metas originais	Anexo I PPA atualizado	Programação Anual de Saúde
	<b>Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.</b>		
Ampliar o número de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF para 7.000.	6.500	-	-
Aumentar em 4% ao ano o Índice de Transplantes de Órgãos Sólidos por milhão da população (PMP), passando de 37,95 PMP para 46,18 PMP	Aumentar o Índice de Transplantes de Órgãos Sólidos por milhão da população (PMP), passando de 37,95 PMP para 44,14 PMP	Segue o original	Segue o Original
Acompanhar na Atenção Básica pelo menos 73% de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com as condicionalidades de saúde.	Não consta essa meta	Segue o original	Segue o original
Aumentar de 20 para 160 as Centrais de Regulação que recebem incentivo federal de custeio para a melhoria do acesso aos serviços ambulatoriais especializados e hospitalares.	150 Centrais	Segue o Anexo Atualizado	Segue o Anexo Atualizado
Custear a conectividade de banda larga de 25 mil Unidades Básicas de Saúde	19 mil unidades	Segue o original	Segue o original
Apoiar a construção, reforma e ampliação de mais 16.000 obras do Programa de Requalificação de UBS – RequalificaUBS	11.000 obras	Segue o original	Segue o original
Implantar 500 novos Centros de Especialidades Odontológicas - CEOs	Implantar 430 novos Centros de Especialidades Odontológicas - CEOs.	Segue o Original	Segue o original
Implantar 732 novos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.	Implantar 650 novos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.	Segue o original	Segue o original

Tabela 3 – Metas alteradas segundo cada objetivo posterior ao PNS

(continuação)

<b>OBJETIVO 02 PNS:</b>			
<b>Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas</b>			
<b>Metas originais</b>	<b>Metas alteradas</b>		
	<b>Anexo I PPA atualizado</b>	<b>Programação Anual de Saúde</b>	<b>Relatório Anual de Gestão</b>
Realizar 15 milhões de mamografias bilaterais para rastreamento do câncer de mama em mulheres de 50-69 anos.	12,5 milhões	Segue o original	Segue o original
Apoiar a implantação de 200 equipes de Consultório na Rua	Não consta essa meta	Segue o original	Segue o original
Apoiar a implantação de 28 Unidades de Acolhimento Adulto	Não consta essa meta	Segue o original	Segue o original
Apoiar a construção de 160 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS III - 24 horas.	80 CAPS III- 24 horas.	Segue o original	Segue o original
Apoiar a implantação de 162 novos CAPS-AD e CAPS-AD III	Não consta essa meta	Segue o original	Segue o original
Apoiar a implantação de 502 leitos de saúde mental em hospitais gerais	Não consta essa meta	Segue o original	Segue o original
<b>OBJETIVO 03 PNS:</b>			
<b>Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.</b>			
<b>METAS originais</b>	<b>Metas alteradas</b>		
	<b>ANEXO I PPA atualizado</b>	<b>Programação Anual de Saúde</b>	<b>Relatório Anual de Gestão</b>
Implantar 80 serviços de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual em hospitais de referência do SUS, para a realização do registro de informações e da coleta de vestígios.	26 serviços	Segue o original	Segue o original

Tabela 3 – Metas alteradas segundo cada objetivo posterior ao PNS

(continuação)

<b>OBJETIVO 06 PNS:</b>		<b>Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.</b>		
		<b>Metas alteradas</b>		
<b>METAS originais</b>	<b>ANEXO I PPA atualizado</b>	<b>Programação Anual de Saúde</b>	<b>Relatório Anual de Gestão</b>	
Ampliar para pelo menos 65% a aquisição de medicamentos produzidos pela rede de laboratórios públicos destinados ao tratamento de doenças de perfil endêmico selecionadas.	Ampliar para pelo menos 60,32%	Segue o Original	Segue o original	
<b>OBJETIVO 07 PNS:</b>		<b>Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, análises de situação de saúde, inovação em saúde e a expansão da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS.</b>		
		<b>Metas alteradas</b>		
<b>Metas originais</b>	<b>Anexo I PPA atualizado</b>	<b>Programação Anual de Saúde</b>	<b>Relatório Anual de Gestão</b>	
O PNS acrescenta duas metas em relação ao anexo original do PPA. E o anexo atualizado não os incorporou.	-	Segue o original	Segue o original	
<b>OBJETIVO 08 PNS:</b>		<b>Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor</b>		
		<b>Metas alteradas</b>		
<b>Metas originais</b>	<b>Anexo I PPA atualizado</b>	<b>Programação Anual de Saúde</b>	<b>Relatório Anual de Gestão</b>	
Reavaliar 11 ingredientes ativos de produtos agrotóxicos já registrados, considerando novos indícios de risco à saúde humana.	6 ingredientes	Segue o original	Segue o original	
<b>OBJETIVO 09 PNS:</b>		<b>Aprimorar o marco regulatório da Saúde Suplementar, estimulando soluções inovadoras de fiscalização e gestão, voltadas para a eficiência, acesso e qualidade na atenção à saúde, considerando o desenvolvimento sustentável do setor.</b>		
		<b>Metas alteradas</b>		
<b>METAS originais</b>	<b>ANEXO I PPA atualizado</b>	<b>Programação Anual de Saúde</b>	<b>Relatório Anual de Gestão</b>	
Estimular a adesão ao Plano <u>Nascer Saudável</u> e a novos modelos assistenciais, visando à redução anual do percentual de cesarianas nos serviços ofertados pela saúde suplementar.	Estimular a adesão a novos modelos assistenciais, visando à redução anual do percentual de cesarianas nos serviços ofertados pela saúde suplementar	Seguiu a redação da meta atualizada	Seguiu a redação da meta atualizada	

Tabela 3 – Metas alteradas segundo cada objetivo posterior ao PNS

(continuação)

OBJETIVO 10 PNS:	Metas alteradas			
	Metas originais	Anexo I PPA atualizado <sup>88</sup>	Programação Anual de Saúde	Relatório Anual de Gestão
<p>Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho</p>	Realizar espaços de diálogo e formação com 100 parteiras de comunidades quilombolas, incluindo a distribuição de 100 kits para parteiras tradicionais e realizar 2 seminários envolvendo comunidades quilombolas, com participação de gestores, profissionais de saúde e lideranças das comunidades.	Não consta essa meta	Segue o original	Segue o original
	Promover a realização de experiências na realidade do SUS (VER-SUS) para 10 mil jovens a fim de que conheçam e reflitam sobre experiências concretas de implementação do SUS com o objetivo de atuarem para a mudança da formação, atenção, gestão e participação no e para o SUS nos locais em que vivem, se cuidam, estudam e trabalham.	Não consta essa meta	Segue o original	Segue o original
	Envolver 5 mil jovens em ações do Programa de Educação para o Trabalho na Saúde (PET-Saúde) a fim de que estudem, pratiquem e pesquisam ações de qualificação da educação em saúde, dos serviços de saúde e atuem em processo de transformação da graduação em saúde orientados pelas Diretrizes Curriculares e às necessidades da população brasileira e do SUS.	Não consta essa meta	Segue o original	Segue o original
	Garantir a formação técnica e processos de qualificação para que pelo menos 20 mil jovens possam se tornar e se qualificar como profissionais de saúde.	Não consta essa meta	Segue o original	Segue o original

<sup>88</sup> O ANEXO I Original do PPA também não tem essas metas.

Tabela 3 – Metas alteradas segundo cada objetivo posterior ao PNS

(conclusão)			
<b>OBJETIVO 11 PNS:</b>	<b>Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.</b>		
<b>Metas originais</b>	<b>Metas alteradas</b>		
	<b>Anexo I PPA atualizado</b>	<b>Programação Anual de Saúde</b>	<b>Relatório Anual de Gestão</b>
Capacitar 80.000 lideranças dos movimentos sociais de promoção de políticas de equidade, conselheiros de saúde, integrantes dos comitês de promoção de equidade, jovens, mulheres, gestores e trabalhadores da saúde em gestão participativa e controle social no SUS.	Capacitar 68.215 lideranças.	Segue o original	Segue o original
<b>OBJETIVO 12 PNS:</b>	<b>Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS.</b>		
<b>Metas originais</b>	<b>Metas alteradas</b>		
	<b>Anexo I PPA atualizado</b>	<b>Programação Anual de Saúde</b>	<b>Relatório Anual de Gestão</b>
Implantar o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde em 60% das regiões de saúde.	Implantar o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde em 8,8% das regiões de saúde.	Segue o original	Segue o original
<b>OBJETIVO 13 PNS:</b>	<b>Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS</b>		
<b>Metas originais</b>	<b>Metas alteradas</b>		
	<b>Anexo I PPA atualizado</b>	<b>Programação Anual de Saúde</b>	<b>Relatório Anual de Gestão</b>
Pactuar novos critérios de rateio entre os entes federados a partir das responsabilidades sanitárias.	Fomentar o processo de discussão de metodologia de rateio dos recursos federais entre os entes federados a partir das responsabilidades sanitárias.	Redação igual ao Anexo I atualizado	Redação igual ao Anexo I atualizado

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018. MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO, PLANEJAMENTO E GESTÃO. 2018

Identificamos que várias metas foram alteradas no ANEXO I atualizado do PPA em relação ao que estava posto no anexo original e no PNS 2016-2019, algumas metas, inclusive, foram suprimidas. O fato delas terem sido excluídas do



anexo I atualizado do PPA desobriga\desresponsabiliza o governo de considerá-las até o fim do quadriênio.

O que cabe apontar é que todas as alterações realizadas expressam o rebaixamento das metas (e em algumas situações, a própria supressão), possibilitando que a programação em saúde até, pelo menos, o fim do ano de 2019, se realize com parâmetros de metas que estão abaixo das originalmente compactuadas pelo próprio PNS, o que tem como desdobramento três situações: uma é que descumpra o compromisso firmado quadrienalmente junto ao CNS, que aprovou o PNS com as metas originais; segundo que diminua as possibilidades de resolução do sistema de saúde e de melhoria real da qualidade de vida e de saúde da população em termos objetivos, já que as metas estão menores, portanto, menos universais, menos integrais, menos resolutivas; terceiro é que cumpra papel importante no que se refere aos fins políticos e de legitimação, posto que, quanto menor a meta, menor o dispêndio orçamentário e o esforço político para o seu alcance, corroborando com argumentos relacionados à melhoria do custo-benefício.

Outra questão importante a ressaltar é que, ao alterar o anexo I do PPA, a gestão de Michel Temer abriu precedentes para utilização de metas baixas não só em sua gestão, mas no primeiro ano da gestão governamental seguinte, já que quadriênio de planejamento se estende até o final de 2019.

Assim, tendo discorrido sobre as metas que tiveram seus índices alterados (entenda-se rebaixados) dentro do quadriênio, consideramos importante analisar, agora, o alcance das metas no ano-base de 2018. Porém, levando em consideração a grande quantidade de metas vinculadas aos 13 objetivos do PNS, foi necessário selecionarmos 5 objetivos que acreditamos ter maior relação com as nossas categorias de análise e, assim, analisar as metas referentes a estes objetivos.<sup>89</sup>, os quais seguem:

- 3) Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis, e na promoção do envelhecimento saudável.

---

<sup>89</sup> Estão por ordem com que aparecem nos 3 instrumentos de gestão mencionados e estão acompanhados da numeração que aparecem no PNS 2016-2019.

Esse objetivo apresenta 21 metas. De acordo com o RAG 2018 quase todas chegaram próximo da meta física estipulada para o ano, entretanto, seus números não avançaram significativamente em relação ao que já havia sido conquistado em 2017 e também não se aproximam consideravelmente da meta prevista pro quadriênio. O que quer dizer que a meta estipulada para 2018 foi pouco “ousada”.

Cabe destacar que neste Objetivo os instrumentos de planejamento (PNS e RAG) retomam o tema da transição demográfica, cujo discurso atribui peso negativo quanto aos seus impactos para a política de saúde. É importante atentarmos para o fato de que esse é um discurso “perigoso” e também está presente em outras políticas sociais como temos verificado, por exemplo, na Previdência Social, em que uma das justificativas da proposta da Contrarreforma (cuja discussão não é recente, mas foi retomada com empenho na gestão Temer e se aprofundou na atual gestão de Bolsonaro) é justamente essa mudança progressiva no perfil demográfico da população e a possível insustentabilidade do sistema diante da maior quantidade de beneficiários (idosos) do que contribuintes (jovens).

Quanto à promoção da saúde esse Objetivo dá destaque para a importância de legitimar a análise da situação de saúde como ferramenta de planejamento, indução e sustentabilidade das estratégias de redução dos fatores de risco, de proteção e controle das doenças crônicas não transmissíveis. Nesse sentido, cabe apontar a importância das reflexões que realizamos acerca da análise situacional contida no PNS 2016-2019, que não parece oferecer subsídios suficientes para cumprir esse objetivo.

O documento (PNS 2016-2018) afirma que é extremamente importante que se articulem propostas de intervenção sobre os processos de trabalho, para o conhecimento e detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes relativos ao meio ambiente e que interferem na saúde humana, entretanto, as metas postas para o presente objetivo não se alinham totalmente com essa perspectiva já que algumas delas sequer foram monitorados no ano de 2018 (segundo o RAG 2018) com a justificativa de que o IBGE alterou o método da pesquisa utilizado, não

possibilitando filtrar os itens exigidos.<sup>90</sup>

- 4) Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Destacamos esse Objetivo porque identificamos que a questão dos medicamentos apresenta interface importante no diálogo entre o setor público e o privado, bem como impactos severos sobre as condições de promoção e recuperação da saúde.

O RAG 2018 buscou justificar a queda do número de Farmácias credenciadas ao Programa “Aqui tem Farmácia Popular” no ano de 2017, afirmando que houve necessidade de descredenciamento “por irregularidades”, em que diversas farmácias ficaram inativas para realizar as vendas. Com isso, a partir do mês de agosto de 2017, o Ministério da Saúde passou a repassar as verbas dessa modalidade a todos os Estados e Municípios, como incremento ao financiamento tripartite da assistência farmacêutica básica. (MS, RAG 2018, pág.71), algo que não trás a menor garantia de suporte efetivo e melhoria no atendimento á demanda.

Uma das metas<sup>91</sup> contidas nesse objetivo se volta a pensar sobre o índice de aquisição de medicamentos produzidos pela rede de laboratórios públicos, cuja meta para 2018 (de 35%) não só não foi atingida como foi o menor percentual alcançado desde 2016 (2016 a meta era de 46,8%, 2017 a meta foi de 42,31%), apontando uma tendência progressiva de diminuição da aquisição de medicamentos em laboratórios públicos e, por consequência, do aumento da aquisição de medicamentos provenientes de laboratórios privados, com radicalização do índice em 2018.

A meta alcançada em 2018 foi 19,15%, o que nos leva a supor que 80,85 %

---

<sup>90</sup> Metas não monitoradas em 2018: Ampliar de 26,79 para 26,90 milhões o número domicílios urbanos com renda de até três salários mínimos mensais, que possuem unidades hidrossanitárias; Ampliar em 30 mil o número de domicílios rurais abastecidos por rede de distribuição ou poço ou nascente com canalização interna; Ampliar em 20 mil o número de domicílios rurais servidos por rede coletora ou fossa séptica para os excretas ou esgotos sanitários; Ampliar em 10 mil o número domicílios rurais, com renda de até três salários mínimos mensais, que possuem unidades hidrossanitárias.

<sup>91</sup> “Ampliar para pelo menos 65% a aquisição de medicamentos produzidos pela rede de laboratórios públicos destinados ao tratamento de doenças de perfil endêmico selecionadas.”

dos medicamentos foram adquiridos pelo MS em 2018 através de laboratórios privados (enquanto em 2016 o percentual foi 53,2%, e 2017 foi 57,69%). Evidencia-se explicitamente a utilização do financiamento da saúde para movimentação de um mercado privado.

- 5) Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, análises de situação de saúde, inovação em saúde e a expansão da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS.

Assim como o Objetivo anterior, este também foi destacado porque identificamos que abre uma possibilidade de estreitamento entre o setor público e o privado. A aproximação entre o Sistema de Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde e o SUS tem o propósito de direcionar os esforços e investimentos para as principais necessidades de saúde, subsidiar a tomada de decisões, etc.

Entretanto, diante da dependência do Brasil em relação à oferta internacional de produtos consumidos no setor saúde o MS definiu como estratégia o fortalecimento do Complexo Produtivo da Saúde, cuja visão integra desenvolvimento econômico e social, englobando atividades econômicas, públicas e privadas, utilizando o poder de compra governamental como estratégia para estimular a produção nacional de produtos estratégicos para o SUS e promover o desenvolvimento científico e tecnológico do país mediante o desenvolvimento de parcerias para o desenvolvimento produtivo (PDP), e com agências governamentais de financiamento e fomento (BNDES, FINEP e CNPq).

De todas as 10 metas apresentadas nesse objetivo (cujo alcance das mesmas não é padronizado) algumas até superaram a expectativa. Entretanto, destacamos uma (a qual não poderemos destinar maior atenção nesse momento, mas que consideramos interessante para reflexões futuras) porque ela envolve a relação do desenvolvimento de tecnologias voltadas justamente à questão da produção de medicamentos pelo SUS e chama atenção o fato de que seu alcance de meta foi zero no ano de 2018, e diz respeito a meta que segue: “Desenvolver e/ou absorver através de Parcerias de Desenvolvimento Produtivo (PDP) 8 novos medicamentos.”

A meta prevista para o quadriênio era 8 e quanto às metas anuais: para 2016 a expectativa era de 2, o alcance foi de zero; a meta prevista para 2017 era 2, o

alcance foi de zero. E a meta prevista para 2018 era de 1, e o alcance foi zero. Por se tratar de uma meta que visa desenvolver ou absorver medicamentos através de parcerias é impossível não fazer um contraponto com a questão do aumento da tendência de aquisição de medicamento através de laboratórios privados mencionados anteriormente. São dois dados que podem estar relacionados.

O RAG 2018 trás, ao final dos dados de monitoramento das metas, algumas “informações adicionais”, e informa que as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) se desenvolvem mediante a cooperação tecnológica por meio de acordos entre instituições públicas e entre instituições públicas e organizações privadas.

Há também, outros tipos de acordos citados, como Acordo de Compensação Tecnológica; Programa de Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS)<sup>92</sup>; ações de fomento à pesquisa em saúde; Os projetos de P, D & I<sup>93</sup>, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)<sup>94</sup>.

- 6) Aprimorar o marco regulatório da Saúde Suplementar, estimulando soluções inovadoras de fiscalização e gestão, voltadas para a eficiência, acesso e qualidade na atenção à saúde, considerando o desenvolvimento sustentável do setor.

O PNS 2016-2019 refere que o setor de saúde suplementar possui uma significativa taxa de cobertura da população. Afirma que mais de 60% dos leitos, equipamentos e hospitais gerais são privados (dados da época – anterior a 2015). Refere, ainda, que a oferta no setor saúde é duplicada entre o setor público e o

---

<sup>92</sup> Em 2017 foram apoiados 11 Produtores Públicos Oficiais, 12 ICT e 04 instituições de naturezas diversas, totalizando 27 organizações apoiadas. O programa é executado por meio de ações voltadas para o fortalecimento de Laboratórios Públicos Oficiais e Instituições Científicas e Tecnológicas (ICT), essenciais para a operacionalização das estratégias de fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde (CIS). Entretanto, na descrição das metas não é possível identificar se as parceiras estão se estabelecendo com setor público ou privado);

<sup>93</sup> Os projetos dessas parcerias são submetidos pelas instituições públicas ou privadas ao MS com finalidade de constituir parcerias para o desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia, produção, capacitação produtiva e tecnológica do País em produtos estratégicos para atendimento às demandas do SUS;

<sup>94</sup> Esses Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas visam promover o melhor cuidado de saúde possível diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS).

privado. Informa que, a partir de uma análise do perfil dos usuários e dos procedimentos realizada em 2014 foi possível conhecer melhor o setor, a realidade da população e intervir no sistema regulatório de modo a fazer com que as operadoras de planos de saúde atendam com eficiência aos beneficiários, visando a melhoria da assistência prestada.

O PNS 2016-2019 fala de integração do setor de saúde suplementar com o SUS e, para tanto, estão sendo realizados projetos que envolvem a informação em saúde, como o Registro Eletrônico, o Cartão Nacional do SUS e a troca de informação no setor que possibilite também o estímulo ao consumo consciente e melhores resultados assistenciais.

Esse Plano ratifica que há muita coisa a ser feita para garantir a qualidade do produto contratado e regular o mercado, “de forma a incentivar novos modelos assistenciais e de remuneração, que possam aprimorar a eficiência e qualidade no cuidado à saúde”. (MS, PNS 2016-2019, pág. 74).

Afirma que são necessárias ações integradas e intersetoriais para dar conta das questões que estão na raiz do problema, entre eles: o modelo assistencial vigente, a cadeia produtiva de saúde (importação de equipamentos e insumos), a falta de integração entre oferta pública e privada no setor saúde, a tributação, a concorrência no setor, a cultura do consumo não consciente, o envelhecimento populacional, a incorporação de tecnologias, os custos crescentes e a inflação médica acima da inflação geral.

Esse objetivo contido no PNS 2016-2019 nos trás uma série de indagações relacionadas tanto a relação público-privado quanto à de modelos de atenção. A saúde suplementar atualmente tem um modelo assistencial que tem sido alvo de certas críticas no sentido em que se pauta em um modelo biologizante, médico-centrado, curativo, hospitalocêntrico, fragmentado, etc. Junto a esse modelo de assistência, vem sendo questionado, também, o modelo de regulação desse sistema, com centralidade na função que o Estado deveria exercer, em que se discute a possibilidade do Estado não regular somente questões pontuais e relacionadas aos marcos da saúde enquanto mercado, mas avançando sobre a regulação sobre a própria produção de saúde, ou seja, sobre o modelo assistencial, o orientando no sentido de se tornar um promotor de saúde.

De forma bastante resumida essa é uma discussão que tem sido realizada até mesmo no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar, porém, não sem a

resistência de seguradoras. Nesse sentido, a indagação que nos colocamos é a seguinte: Já que o avanço do setor privado e das seguradoras e operadoras de planos privados é uma realidade em tendência crescente e progressiva, seria coerente que o Estado não intervisse nesse modelo assistencial, de modo a força-lo a se tornar um campo produtor de saúde e não só de serviços? Ou essa intenção de mudança do marco regulatório da saúde suplementar reforça a transferência das responsabilidades do Estado na prestação de serviços ao campo privado e a mudança do padrão de complementaridade? Essa é uma discussão que se deve realizar.

Porém, fato é que, o presente PNS entende que é necessário investir na mudança do modelo assistencial, bem como estreitar a integração da saúde suplementar com o SUS, e aponta, sem aprofundar, sobre a mudança do marco regulatório do Estado sobre esse setor, Já na PAS 2018 e no RAG 2018 consta que esse objetivo tem por finalidade:

“promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir, de forma complementar, para o atendimento das necessidades de saúde do país. As funções de regulação e fiscalização são essenciais à construção de um setor de saúde suplementar com o equilíbrio dos atores do setor privado, além de conjugarem interesses com o objetivo de promover a geração de saúde.”  
(MS, PAS 2018, pág. 25)

Tal passagem parece confirmar que o Estado vê no setor de Saúde suplementar, de fato, um parceiro no processo de produção de cuidado e de saúde, enquanto que a direção posta para a política de saúde pelo movimento de Reforma Sanitária, é que a saúde é direito de todos e dever irrestrito do Estado, portanto, totalmente público, gratuito e estatal. Essa narrativa trazida pelos instrumentos em análise reafirma a divisão do compromisso no campo da saúde entre os setores, fazendo com que a saúde privada não seja entendida apenas como complementar nos casos de indisponibilidade no SUS, mas parceira com a qual o Estado reparte a responsabilidade, se constituindo, assim, fonte importante para expansão do capital.

Com relação à metas estipuladas para esse objetivo do PNS, cabe apontar que trata-se de apenas três, e que elas são extremamente pontuais, inviabilizando qualquer aprofundamento. O que nos cabe pontuar, por ora, é que, apesar de uma das intenções bastante marcadas no documento do PNS 2016-2019 se direcionar à

integração da saúde suplementar a partir da vinculação de informações entre os setores (sob a justificativa de qualificar as ações e a produção de saúde), a meta destinada à disponibilizar o Registro individualizado em saúde para 100% dos beneficiários do Cartão Nacional de Saúde não foi alcançada, chegando em 2018 com apenas 70% da meta cumprida.

Ao analisarmos o ANEXO I atualizado do PPA, na parte que trata das iniciativas para o cumprimento do objetivo e das metas referente à este Objetivo, consta uma descrição (iniciativa) que nos chamou atenção: “Monitoramento de aspectos relativos à sustentabilidade econômica das operadoras” (Brasil, Anexo I PPA 2016/2019, pág. 125). A preocupação com a sustentabilidade do setor pode ser visto, em nosso entendimento, por duas perspectivas. Uma delas é que, sendo o setor suplementar sustentável economicamente, não demandaria incentivo fiscal ou qualquer outra subvenção de ordem pública; a segunda é que, ao monitorar a sua sustentabilidade, o Estado tem estratégias e mecanismos que podem ser acionados para facilitar e viabilizar que esse setor se mantenha ativo economicamente, portanto, lucrativo e sustentável.

- 7) Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

Este objetivo, no que tange as direções e os compromissos que assume no campo formal, parece sinalizar para uma perspectiva de defesa e de promoção do controle social e da participação no âmbito do SUS; busca abordar as ações de equidade e fortalecimento de espaços de participação social em outras políticas públicas, em especial as voltadas para populações em situação de vulnerabilidade social, do campo, floresta e águas, população negra, quilombola, LGBT, em situação de rua, ou seja, populações historicamente excluídas e marginalizadas. Concordamos que o controle social não se efetiva de forma seletiva e só cumpre a sua função em um contexto de universalidade, posto que as pautas da saúde não devem se restringir a poucos e restritos segmentos, da mesma forma que o controle social, na perspectiva constitucional, tem como primazia o processo participativo e deliberativo e não simplesmente a representação, almejando, portanto, a inserção da vontade popular nos rumos do país.



Quanto às metas contidas nesse objetivo voltado ao controle social, das três existentes uma ainda foi rebaixada<sup>95</sup> no ANEXO I atualizado do PPA (de 2018), e ainda assim, não foi alcançada. Uma das metas, voltada justamente à promoção da equidade em saúde em populações em vulnerabilidade, alcançou apenas 11,11% do previsto<sup>96</sup>.

As metas contidas nesse objetivo, por serem tão pontuais, não fazem referência a outras questões pertinentes à temática, o que nos permite dizer que a mesma não foi vista como objetivo de centralidade nesse PNS quando no momento de sua elaboração.

A descrição textual contida nesse objetivo traz uma contextualização acerca do que entende ser e como se dá a participação do controle social muito próxima do conceito constitucional. No entanto, se observarmos os instrumentos de planejamento do SUS e os de gestão governamental como um todo, notaremos que a direção implicitamente posta aos destinos da política de saúde se materializam como obstáculos à realização efetiva da participação e do controle social uma vez que, ao apontarem um processo de deslegitimação do SUS e naturalizar a mercadorização da saúde, se colocam avessos às perspectivas de garantia da inserção da vontade popular nos seus destinos.

Além disso, apesar desses instrumentos afirmarem que sua construção contou com a participação da sociedade, o seu conteúdo, sobretudo no que diz respeito às análises situacionais, não expressa abertamente as demandas específicas da população.

---

<sup>95</sup> A seguinte meta contida no PNS, e reafirmada na PAS 2018 e no RAG 2018: “Capacitar 80.000 lideranças dos movimentos sociais de promoção de políticas de equidade, conselheiros de saúde, integrantes dos comitês de promoção de equidade, jovens, mulheres, gestores e trabalhadores da saúde em gestão participativa e controle social no SUS”, aparece no ANEXO I do PPA atualizada como meta de alcançar 68.215 lideranças dos movimentos sociais, e o RG 2018, apesar de usar a meta de 80.000 pro quadriênio, estipula 50.000 pro ano de 2018 mas alcança 43.266. Dado que ainda não dá dimensão sobre que lideranças são essas, qual a direção dessa capacitação, entre outras coisas.

<sup>96</sup> Quanto a isso, o RAG 2018, em suas “informações adicionais”, ressalta as dificuldades encontradas pelos comitês a nível estadual e municipal, em especial em virtude da descontinuidade provocada por restrições orçamentárias e reestruturação da gestão, evidenciando como a descentralização político-administrativa da saúde, tanto de financiamento como de gestão do sistema se efetiva de modos diferenciados e, encontra diversificados entraves inclusive no que tange à possibilidade de participação social

## **CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A SAÚDE NO PERÍODO: INSTRUMENTOS DE GESTÃO GOVERNAMENTAL X INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS**

Pudemos observar que os instrumentos de gestão governamental se apresentam através de uma lógica textual que tenta justificar a direção de suas ações. Todas as ações se justificam sobre o argumento de que a escassez de recursos demanda medidas de equilíbrio das contas públicas (a ser atingido através da qualificação do gasto, da modernização do Estado e da realização de reformas) com objetivo de melhoria dos serviços prestado ao cidadão.

Assim, ao assumir que o seu compromisso se volta à realização de um pretense interesse comum, o “bem geral” e a melhoria dos serviços prestados aos cidadãos, esses instrumentos de gestão corroboram com uma definição de Estado e de gestão que só existe enquanto aparência, mas que não é a definição do que eles são de fato. A função, tanto do Estado quanto da gestão, no modo de produção capitalista, tem relação com a criação de condições para sua expansão e para a perpetuação da dominação fundante (Souza Filho e Gurgel, 2016, Souza Filho, 2013).

De forma complementar, esses documentos governamentais tentam comprovar a assertividade da direção assumida ao ressaltar índices alcançados aparentemente positivos, em que os dados selecionados, os índices e os temas abordados buscam fortalecer uma determinada imagem de governo e realizar uma autopromoção.

Demonstram uma intrínseca vinculação com o setor de capital privado sob o discurso da cooperação, da estratégia de reversão da estagnação econômica e como estratégia para atender aos anseios da sociedade por melhores serviços.

Considerando os instrumentos de gestão que receberam atualizações ao longo do quadriênio em questão, evidencia-se um movimento comparativo de dados (como PIB per capita, números da economia, grau de confiabilidade de investimento, e outros dados econômicos) que desqualifica a gestão do período pré-golpe e enaltece a do pós-golpe, buscando afirmar que essa curta gestão logrou êxito com as medidas realizadas no que tange às estratégias para retirada do país da crise (apesar de sua brevidade e da avaliação precoce sobre os resultados econômicos e

sociais). Nesse sentido, esses instrumentos assumem a feição de uma clara estratégia de construção da imagem do governo e de justificativa das ações realizadas, de forma que expressa documentalmente a própria contradição do Estado no Capitalismo, quer dizer, se preocupa com a manutenção da aparente neutralidade e da pretensão do bem comum, a qual só pode ser desnudada a partir de uma análise crítica que compreenda nessas entrelinhas que o Estado refuncionaliza ideologicamente a sua função junto ao processo de acumulação e expansão do capital.

Nesse sentido, notamos que o padrão geral que envolve a elaboração dos instrumentos de gestão governamental se reflete no campo dos instrumentos de planejamento do SUS, no sentido em que eles também carregam consigo uma dicotomia entre o que está posto na aparência e a finalidade que a que correspondem.

Os instrumentos de planejamento do SUS no período de vigência do governo Temer se pautam no discurso de defesa dos princípios e diretrizes do SUS e da melhoria dos serviços prestados, portanto, não afirmam uma posição contrária às perspectivas universalistas. Entretanto, ao se valerem de uma estrutura metodológica que fragmenta, estratifica, e não aprofunda criticamente as temáticas apresentadas no campo da saúde, ao não interporem uma mediação sistemática entre os índices de saúde e os diversos determinantes e condicionantes que lhes atravessam, ao discursarem sobre resoluções pontuais, individuais e desconectadas em relação a outras questões, flexibiliza o conceito de saúde e o modelo de atenção equivalente, significando uma desconstrução conceitual do SUS e a naturalização da ausência de universalidade, de integralidade e o estreitamento da relação entre o público e o privado, cujo caminho beneficia o capital e desfavorece qualquer possibilidade de melhoria efetiva das condições de saúde da população.

Um dos elementos mais marcantes nesses instrumentos de planejamento no que se refere ao período em análise diz respeito ao princípio da universalidade, o qual não é visto e tomado como uma prioridade, inclusive, nota-se que a própria narrativa que fragmenta e restringe o conceito de saúde, está atrelada a tendência de um modelo de atenção que não se preocupa em ser totalmente universal, amplo, integral e público.

Tal condução narrativa nos impele à refletir sobre o fato de que há uma naturalização da transposição da saúde como um bem de valor social inestimável e inegociável para algo passível de mercadorização.

Segundo nossa percepção, os instrumentos analisados trazem uma narrativa que busca convencer e justificar que a relação entre o setor privado e o público não só uma é uma tendência progressiva como é desejável do ponto de vista da qualidade dos serviços prestados e do equilíbrio das contas públicas. O que nos faz pensar que os instrumentos de gestão governamental e os de planejamento do SUS do período compõem, dentro da função do Estado e da gestão no processo de expansão do capital, uma função que se localiza no processo de legitimação ideológica das ações governamentais que, no fim, se direcionam a atender ao capital e não às demandas da classe não dominante.

Uma questão extremamente pertinente à nossas análises e que corrobora com a afirmativa de que a direção do Estado se volta ao fortalecimento das perspectivas de expansão do capital via Políticas públicas e que consta nos instrumentos de gestão governamental, diz respeito a posição do governo em relação ao âmbito do trabalho e da gestão da força de trabalho no serviço público e a gestão dos próprios serviços, em que se evidencia a clara aproximação e apropriação da lógica privatista, tanto no que diz respeito às estratégias de gerenciamento e inserção dessa força-de-trabalho, que envolve padrões de produtividade, os vínculos, inserção nos serviços, a permanência, remuneração, etc., quanto com relação ao processos de terceirização da gestão dos estabelecimento, entendido por alguns autores, como privatização não clássica, o que fortalece o setor do capital (Silva, Matias, Sila, 2018)

É preciso pensar que a apropriação do capital do setor dos serviços sociais e do trabalho neles inserido é uma tendência do capital sobretudo após a sua fase monopolista e expressa a possibilidade de realização de lucro, apropriação de fundo público, e do tempo de trabalho socialmente necessário ali contido (Mandel, 1982. Netto, 2006). Considerando que o objetivo único e exclusivo do modo de produção capitalista é a acumulação via expansão, os ditos serviços sociais (como é o caso da saúde) passam a ser vistos como nichos de mercado extremamente atraentes e lucrativos. Não há outra finalidade que justifique a relação entre a saúde e o capital privado que não seja o lucro. No âmbito privado, ou na sua relação com capitais privados, qualquer serviço, seja de saúde ou não, não se realiza tendo em vista o

seu valor de uso e o bem geral da sociedade, mas o seu valor de troca e o seu retorno financeiro. Ou seja, o seu valor de uso só tem importância por cumprir à uma necessidade humana real e por esse motivo ser passível de troca, portanto, se constituir como mercadoria portadora de valor e mais-valia, ainda que essa mercadoria não se constitua como um bem material (Marx, 2006).

Da mesma forma, quando abre-se a possibilidade do capital se relacionar com o serviço público de formas não clássicas, como é o caso da terceirização da gestão por exemplo, é necessário compreender que nesse entrelaçamento existe trabalho submetido à relações contratuais com o capital, o qual tem por finalidade a expropriação de mais-valia. Além disso, os valores envolvidos nessas articulações entre o público e o privado, ainda que não se trate de aquisição de serviços ou bens fornecidos pela iniciativa privada, são provenientes de Fundo Público, de mais-valia socialmente produzida que deveria retornar à sociedade e não remunerar capitais privados (Silva, 2011).

Portanto, quaisquer discursos que busquem justificar a vinculação entre a saúde e a esfera privada, em qualquer medida, não passam de estratégia ideológica de legitimação dos processos de expansão, expropriação e acumulação capitalista, com o aval do Estado e a particularidade de se fazer sobre o fundo financeiro público socialmente produzido e privadamente apropriado, às custas das possibilidades de reprodução social da própria vida de quem o produziu. E, uma vez que a entrada do capital nesse nicho é mediada pelo Estado, compreendemos que a gestão do Estado sobre essa política é a mola propulsora dessa expansão.

Entretanto, é preciso reforçar que os instrumentos de gestão e planejamento analisados nos fornecem informações para refletirmos o período em análise, e não nos possibilitam afirmar que as impressões deles retiradas correspondam de forma generalizada a outros períodos governamentais.

Do período em análise que destacamos, de forma geral, pudemos notar, portanto, que os instrumentos de gestão e planejamento em saúde realizam uma flexibilização do conceito de saúde e, por consequência do modelo de atenção, que parece se constituir como parte das justificativas em prol dos processos de estreitamento da relação público-privado. Há também, claras referências à forma como o Estado (gestor) enaltece as parcerias estabelecidas com o setor privado e como dá destaque, em tons propagandistas, para alguns feitos, apesar desses feitos não direcionarem o sistema a um horizonte de universalidade.

Identificamos que os instrumentos de gestão governamental e os de planejamento do SUS incorporam o discurso do Estado, em forma de defesa, de justificativa e de ação. Ao se pautar em dados e análises seletivas e calculadas, o Estado assume uma narrativa que nega as principais problemáticas do setor, sugere e idealiza soluções não públicas, naturaliza a não universalidade do sistema, ações e serviços, e, portanto, conforma um modelo de atenção que se equivale a uma estratégia também não universal e pautada em um conceito de saúde que não é amplo, buscando convencer, através do discurso do “bem geral” e da eficiência, da possibilidade de abertura do setor à outras parcerias e outras formas de prestação de serviço.

Outra questão que nos chamou atenção diz respeito à falta de conexão entre a naturalização da privatização e da mercadorização da saúde e da não universalidade do sistema em relação aos seus impactos nas condições de garantia e realização efetiva do controle social. Os instrumentos trazem um discurso de caráter retórico porque ignoram o fato de que o controle social, por tratar-se da institucionalização de uma nova racionalidade acerca da relação entre Estado e sociedade pautada na perspectiva de inserção da vontade popular nos rumos do país e das políticas no contexto da luta de classe, pressupondo mecanismos de democratização do acesso e da participação popular (Dutra, 2016. Bravo, 2001), só tem efeito prático no espaço estatal, público e com possibilidade de alcance amplo da sociedade.

Ademais, há, também, uma desconexão da pauta da saúde com as pautas anticapitalistas ao não questionar, por exemplo, o avanço predatório do modo de produção capitalista em sua relação com as problemáticas de saúde, como o uso de agrotóxicos, o avanço sobre o solo, águas e fontes de energia, a emissão de gases e poluentes, questões sobre o âmbito do trabalho, o acesso a outras políticas públicas, etc.

A forma, a seleção e a amplitude com que esses instrumentos abordam dados, índices e indicadores, também viabiliza a negação e a omissão das problemáticas que envolvem o setor, o que tem relação com as prioridades que o poder público elege e com a barganha propagandista, quer dizer, com a sustentação da imagem do Estado, como se fosse, de fato, estruturado a atender aos interesses gerais e como se essa função estivesse dada naturalmente e fosse a sua própria razão de ser, à despeito das ações realizadas.

No entanto, apesar desses instrumentos apontarem indícios de uma dimensão ético-política distanciada da ampliação da dimensão universalista do Estado, a inserção e a vivência profissional em unidade de saúde no período em análise, permite afirmar que a condição real do sistema e da saúde tem se mostrado muito mais radicalizada no campo prático concreto do que no campo formal de planejamento. Nesse sentido, é preciso resgatar o entendimento de que a separação entre os processos de concepção e os de execução, sendo uma tendência explícita do capital, corrobora com a dinamização e o aprofundamento da alienação e da dominação também próprios desse modo de produção (Braverman, 1987), o que permite afirmar que a distância entre aquilo que está posto no campo macro e aquilo que se verifica no plano da operacionalização da política de saúde também expressa um mecanismo do Estado que, longe de ser despretensioso, favorece o capital e possibilita ratificar que o lugar que esses instrumentos de gestão (dentro do período em análise) ocupam no seio da gestão pública estatal se localiza especificamente no campo do consenso, da retórica e da legitimação ideológica.

Assim, os instrumentos de gestão cumprem um papel sutil no campo da legitimação ideológica dos processos de contrarreforma justamente porque buscam fortalecer sua imagem pública, e também buscam uma aceitação social e um consenso sobre a relação público – privado ao naturalizá-la, provocando um processo progressivo de desresponsabilização do Estado quanto aos serviços,

Ressaltamos, contudo, que não refutamos, por isso, a importância desses instrumentos de gestão, mas destacamos que a fragilidade desses instrumentos em termos de operacionalidade prática é expressão de uma dimensão ético-política que não tem como finalidade o interesse por responder efetivamente às mazelas concretas e provenientes da “questão social” no campo da saúde, mas cumpre a outras finalidades.

Diante disso, urge refletir sobre a necessidade de que tanto o processo de elaboração e de planejamento quanto o processo de implementação das ações sejam guiados por uma racionalidade ético-finalística verdadeiramente pautada na defesa irrestrita e inegociável dos princípios e diretrizes constitucionais e das propostas da Reforma Sanitária, viabilizando uma concepção de saúde e um modelo de atenção que preze pela primazia da vida sobre o lucro, que preze pela universalidade incondicional, e pelo comprometimento do Estado.

Contudo, se estamos situando o campo do planejamento em saúde à um contexto de ratificação da função ideológica e de legitimação do Estado, há de se ressaltar que outras mediações se colocam entre o Estado e a operacionalização das ações em saúde para além do que consta no nível do planejamento.

Como nosso objetivo se volta a pensar, entre outras coisas, a relação entre a racionalidade ético-política e a instrumental que permeia a estrutura burocrática do Estado no tocante à gestão de Políticas Sociais, realizamos o esforço de reconhecer (conforme já apontamos em outros pontos deste trabalho) que o Estado possui diversas ferramentas partícipes da sua burocracia, e refletir sobre a gestão da política de saúde através dos chamados “instrumentos de gestão do SUS” era apenas um, entre tantos caminhos. Nesse sentido, há de ressaltar, por exemplo, como mediação da operacionalização da política de saúde, a materialização da vontade direta da estrutura estratégica do governo através, por exemplo, de atos de lei, decretos, portarias, etc.

Pensando nessas indicativas que, evidentemente, não são o foco do nosso trabalho, realizamos breves análises das Atas das Reuniões extraordinárias realizadas pelo Conselho Nacional de Saúde (expostas na página online do CNS) nos anos de 2016, 2017 e 2018, onde encontramos debates que refletiam justamente elementos sobre as ações realizadas no campo da saúde e que transcendiam o âmbito do planejamento.

Resumidamente, encontramos falas de representantes do governo e do Ministério da Saúde que ratificavam a adoção de uma direção que radicalizava o processo de desresponsabilização do Estado e afirmava o estreitamento dos vínculos entre a saúde e a estrutura do capital como uma necessidade.

Identificamos, também, intensificação de pautas e reuniões voltadas a questionar, repudiar e tensionar o Estado e o Ministério da Saúde acerca das ações em trânsito, expressando, sintomaticamente, que os rumos da política de saúde no período tinham a característica de aprofundamento do padrão antidemocrático e anti-SUS.

No ano de 2017, em comparação com o ano de 2016, foi evidente, também, o aumento expressivo do número de “moções de repúdio”, minutas de recomendação ao Ministério da Saúde indicando revogações de Leis entendidas como anti-sus, bem como diversas reuniões em torno do tema “Planos de Saúde Acessíveis”, em



que o Conselho Nacional de Saúde se posicionou veementemente contra e expôs seu descontentamento com a falta de transparência com que o assunto foi tratado.

Notamos, também, as várias ausências do Ministro da Saúde e/ou representantes, ou a retirada dos mesmos em diversas reuniões antes que se pudesse realizar os debates, perguntas e encaminhamentos, algo que foi objeto de muita crítica por parte de diversos integrantes do CNS, e que parece ser indicativo da intensificação da tensão dentro dessa instância, da restrição das possibilidades de expressão da vontade popular nas pautas e rumos da saúde, da hostilidade e da falta de transparência na relação entre o CNS e as instâncias do Ministério da Saúde.

Debateu-se muito e extensivamente, a partir de estudos, dados e estatísticas, sobre os graves impactos provocados pela EC 95/2016, onde reafirmou-se que a saúde sempre foi alvo de uma problemática que envolve o orçamento e o financiamento, algo que a própria constituição deixou em aberto ao não estabelecer as fontes e os limites, mas que a EC 95/2016 representou o ápice do recrudescimento do financiamento da saúde, uma vez que, grosso modo, ao invés de limitar um gasto mínimo, limitou o gasto máximo.

Para além de todos os indícios sobre o processo de desmonte do SUS que encontramos nos instrumentos de gestão, todos esses elementos discutidos no espaço do CNS demonstram que a Política de Saúde no período de Gestão de Temer teve particularidades que transcendem à proposta de planejamento para o setor para o quadriênio e que experimentou um processo de endurecimento das perspectivas democráticas de discussão, bem como apontamentos que direcionam ao aprofundamento da precarização da saúde, o desfinanciamento e a perspectiva privatizante. Portanto, demarcam uma direção ético-política do Estado que restringe à sua dimensão universalista e compactua de forma mais radicalizada com o processo de expansão do capital.

Com base no que foi posto, apontamos ao longo do nosso trabalho que o Estado é elemento estratégico para a classe trabalhadora e que a ampliação da sua dimensão universalista está na razão direta das pressões que essa classe realiza no campo das lutas sociais. Entretanto, é evidente que toda a organização da estrutura econômica e social do país durante o período de Gestão de Michel Temer trouxe impactos severos sobre as possibilidades de organização e luta e organização dessa classe, tanto pela instabilidade relacionada ao campo do trabalho, dos direitos

e das garantias, quanto à precarização das próprias condições de vida, o que dificulta, nesse momento, a intensificação do tensionamento pela ampliação da dimensão universalista do Estado.

Assim, consideramos importante trazer algumas ponderações sobre a relação que existe entre as breves reflexões provenientes do presente estudo e a motivação inicial por realiza-lo, a qual parte da inserção profissional em unidade de saúde do SUS e a vivência frente à radicalização do processo de desmonte da saúde, seus impactos na vida das pessoas e as demandas por respostas.

Assim, pensando que o discurso marcadamente ideológico e legitimador presente nesses instrumentos de gestão do SUS também se espraiam no âmbito das instituições estatais de atendimento, já que faz parte de um projeto maior de legitimação e consenso, nos indagamos sobre a necessidade de se refletir sobre o papel dos intelectuais no campo da propagação das ideologias à nível institucional.

Nesse sentido, entendendo que não existe somente o grande intelectual, o produtor de concepções de mundos universais, mas diversas ramificações e mediações que possibilitam que as grandes concepções de mundo cheguem a população, e que o projeto da reforma sanitária, para se efetivar enquanto projeto ligado a uma perspectiva de emancipação política deve se realizar não só no plano do processo mas também no das instituições (Silva, Matias, Sila, 2018), fica como indicação a importância de avançar as reflexões sobre o papel que os profissionais inseridos nos serviços estatais de saúde tem no que diz respeito à legitimação ou reafirmação do consenso em torno dos processos de legitimação do projeto do capital, ou na perspectiva de resistência em prol do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação de mestrado teve como tema a gestão da política de saúde no Brasil, e objetivou refletir sobre a direção governamental posta pelo Estado no campo da saúde a partir dos chamados “instrumentos de gestão do SUS”. Partimos de uma clara identificação de que gestão, enquanto definição de recursos para alcance de finalidades postas, incorpora tanto uma racionalidade instrumental como uma racionalidade ético-política, e que no contexto histórico do capitalismo, a gestão tende à se direcionar para a ratificação das finalidades do próprio capital.

Considerando a gestão no campo das Políticas Sociais e, portanto, no âmbito do aparato estatal, destacamos a sua relação com o modo de produção capitalista a partir da dimensão da reprodução social e do fortalecimento da dominação fundante, algo em que as Políticas Sociais ocupam papel determinante. Destaca-se, contudo, que o Estado no capitalismo, embora corrobore com a dominação de classe e com a expansão do capital, também possui uma dimensão universalista voltada a atender demandas da classe não dominante em face da necessidade de consenso social e legitimação.

Nesse sentido, buscamos refletir sobre a gestão da política de saúde no capitalismo, pensando na direção que assume durante a gestão de Michel Temer no Brasil, no pós Golpe de 2016, e na interface entre as possibilidades de ampliação da dimensão universalista do Estado e da sua funcionalidade nos processos de expansão do capital via Políticas Sociais.

Dentro do entendimento de que a gestão se pauta na indissociabilidade entre a racionalidade instrumental e a racionalidade ético-política, nos pautamos a refletir sobre a racionalidade ético-política a partir da sua dimensão instrumental, motivo pelo qual, o objeto de análise são instrumentos de gestão do SUS, pertencentes à estrutura burocrática, formal e legal do Estado, através da qual se expressa sua institucionalidade material no âmbito da reprodução social e das relações sociais.

Assim, com as atenções voltadas aos instrumentos de gestão governamental e os de planejamento do SUS no período em questão chegamos a algumas constatações, a primeira delas é de que esses instrumentos, estruturados em nível formal e de planejamento, apresentam uma direção de duplo sentido, de modo que corroboram com a contradição típica do Estado, em que o discurso aponta em uma

direção, mas que, numa análise mais atenta permite identificar outros sentidos. Isso porque ao mesmo tempo em que não expressam uma direção que seja, na aparência, radicalmente e explicitamente contrária às necessidades em saúde e aos princípios do SUS (apresentando uma visão até progressista sobre o setor em vários momentos) também acabam deixando, através da narrativa adotada, indícios sobre o aprofundamento de um processo (que já vinha em curso) que se volta à tentativa de desacreditar na possibilidade de uma política de saúde que se sustente tendo como horizonte um SUS integralmente público, estatal, gratuito, universal e equânime.

O argumento que predomina nesses instrumentos é o de que o objetivo do governo e das ações por ele planejadas se volta a melhoria dos serviços ao cidadão, no melhor custo-benefício, em face da necessidade de qualificar o gasto e o custo-benefício, conformando uma função do Estado e da gestão que se expressa ao nível da aparência.

Com um percurso narrativo pautado na tentativa de sustentação de uma imagem governamental e na defesa de que as ações realizadas tem como finalidade a melhora na prestação dos serviços, acabam por flexibilizar a concepção de saúde e o seu modelo de atenção, naturalizando, assim, a possibilidade de um SUS e um modelo de atenção não necessariamente público, estatal e universal, o que, de contrapartida, estreita a relação entre o público e o privado e a promoção da expansão do capital, deixando lacunas sobre as quais se ergue a justificativa da privatização e da contrarreforma do setor.

Se estamos partindo do pressuposto de que o SUS, enquanto estratégia do movimento de Reforma Sanitária, está na direção da emancipação humana e da superação das contradições de classes, se configurando como um projeto anti-capitalista, a sua desconstrução e flexibilização conceitual estabelece a possibilidade de conversão da saúde de um bem social de valor universal e inestimável em serviço/mercadoria. Se a lógica do atendimento ao cidadão é uma lógica fragmentada, pontual, descolada dos demais determinantes sociais e econômicos, afastada do entendimento de que se trata de direito de todos e dever do Estado, ela incorpora uma finalidade que não é aquela voltada às necessidades sociais de fato.

Entretanto, é preciso apontar que os instrumentos analisados estão circunscritos ao campo do planejamento e, nesse sentido, precisamos considerar

duas coisas: primeiro que existe uma distância entre o que é posto no âmbito do planejamento (campo macro) e o que se efetiva de fato (campo da operacionalização); segundo, que tal questão não deve ser vista com naturalidade, mas como parte de um processo que expressa uma direção ético-política do Estado voltada a finalidades contrapostas às necessidades reais de saúde da classe trabalhadora, já que a realidade dos serviços e as condições em que se encontra a saúde tem demonstrado um processo de desmonte que é bem mais radical do que aquilo que se encontra posta no nível do planejamento.

Voltando nossas atenções para os instrumentos de gestão em si, realizamos alguns balanços comparativos no que se refere aos “indicadores”, “objetivos” e “metas” de saúde considerando: os instrumentos de gestão na versão original (Plano Plurianual 2016-2019, Plano Nacional de Saúde 2016-2019), os instrumentos alterados ao longo da gestão Temer (ANEXO I do PPA) e os instrumentos do ano-base 2018 (Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão).

A partir disso, identificamos que a versão atualizada do ANEXO I do PPA (de setembro de 2018) em comparação com o original e com o PNS suprimiu vários indicadores de saúde, alguns deles já impactaram no RAG 2018 (ou seja, o RAG 2018 já corresponde, em certa medida, à essa indicativa de supressão de indicadores de saúde), cujas consequências avaliamos em duas direções: primeiro, ao negligenciar indicadores de saúde, se inviabiliza o conhecimento sobre o seus índices e suas problemáticas e, portanto, impossibilita o planejamento de ações que poderiam ter impacto positivo no sistema de saúde, nos serviços e nas condições de vida da população; segundo, essa supressão de indicadores, ao burlar o processo de monitoramento e publicização dos mesmos, pode se configurar como uma manobra estratégica de manutenção de uma imagem governamental irreal. Ou seja, a seletividade dos indicadores demonstra tanto uma estratégia propagandista quanto de inibição das possibilidades de atuação sobre situações-problema.

No que diz respeito às “metas”, de forma geral, identificamos que o ANEXO I do PPA atualizado rebaixou diversas delas para o quadriênio 2016-2019 e nos questionamos sobre qual era a intenção dessa atualização já que esse anexo foi lançado já em Setembro de 2018, no final do governo de Temer, o que nos leva a crer que seus desdobramentos poderão ter mais impacto no ano seguinte, de 2019, ainda dentro do quadriênio, porém, na vigência de outro governo.

Pensando nos desdobramentos da atualização do anexo I do PPA já em 2018 (conforme apontamos, é o ano-base selecionado para análise) identificamos que tanto a PAS 2018 quanto o RAG correspondente apresentaram algumas metas já com o índice rebaixado em relação ao que foi projetado no início do quadriênio pelo PNS 2016-2019, além do rebaixamento das metas para o quadriênio, esses dois instrumentos de gestão (que são anuais) apresentam metas anuais bastante simplórias.

Nosso entendimento é de que tanto o rebaixamento das metas quadrienais quanto as metas anuais simplórias tem relação com a viabilidade de alcance e também a pouca vontade política. Ao longo do trabalho tendemos a pensar que metas pequenas (ou menores, rebaixadas), possibilitam um melhor alcance proporcionalmente falando, com menos esforço político, efetivo e orçamentário, o que é péssimo em termos da qualidade dos serviços e suporte para a população, mas em termos de argumento de sustentação da plataforma governamental, se torna providencial, pois sustenta o discurso de que as medidas governamentais realizadas nessa gestão e que versam, por exemplo, sobre financiamento (que significam na verdade uma compressão orçamentária) não tiveram impacto negativo do ponto de vista da eficiência governamental.

Já apontamos sobre nossas percepções gerais acerca do conjunto dos instrumentos analisados, em especial no que se refere às categorias de análise destacadas: conceito de saúde; modelo de atenção; relação público – privado; e controle social, em que concluímos que existe uma intrínseca relação entre a narrativa que flexibiliza e desconstrói o conceito de saúde e por consequência relativiza a necessidade e a viabilidade de um modelo de atenção universal, equânime, integral, totalmente público e estatal (fatores que lhe trazem a potencialidade de se fazer eficiente diante das condições de saúde, adoecimento e de vida), possibilitando, assim, de forma gradativa, processual, pouco explícita e fundamentado no discurso da melhoria dos serviços e do interesse comum, um processo de aprofundamento da relação entre o público e o privado, e sucumbindo à transposição do entendimento de que a saúde é um bem de valor universal inestimável, na sua projeção enquanto nicho de mercado.

Quanto à categoria de análise “controle social”, demonstramos que os instrumentos de gestão fazem questão de afirmar que a sua elaboração contou com o processo de participação social, incorporando, inclusive, algumas diretrizes

estratégicas do Conselho Nacional de Saúde na construção do PNS 2016-2019, porém, não realizam a reflexão que permite compreender que a aproximação do setor público com o setor privado, as tendências de mercantilização da saúde, e a não universalidade do sistema tem impactos diretos sobre as possibilidades de realização da participação e controle social efetivamente, posto que, de acordo com a sua definição constitucional, o controle social trata-se de uma nova relação entre sociedade civil e Estado, que pressupõe a participação, deliberação, e a intervenção da vontade popular nos rumos do país, transcendendo o mero valor retórico e a simplória possibilidade de conciliação, coisa que só se realiza, de fato, no âmbito de uma política pública abrangente, universal e estatal (Dutra, 2016. Bravo, 2001).

Ao analisarmos as Atas do Conselho Nacional de Saúde, identificamos uma atuação do campo do controle social que se volta ao tensionamento constante do poder público, pressionando tanto no cumprimento daquilo que foi planejamento, quanto lutando para interpor resistência e oposição sobre ações que sequer constam no planejamento formal do setor, uma vez que a distância entre o campo do planejamento e o campo da operacionalização se constitui como mecanismo do Estado por onde se expressa mecanismos de fortalecimento das perspectivas da expansão do capital.

No que se refere ao período em análise em sua relação com a temática da gestão em saúde, apresentamos no início deste trabalho algumas hipóteses, as quais acreditamos ser importante recuperar nesse momento:

1º- “O Estado, em sua função de gestor, expressa, a partir de sua estrutura burocrática, técnico-racional e legal em saúde, uma dimensão ético-política (finalística) que aponta na direção da potencialização da acumulação do capital no atual contexto”.

Quanto a esta hipótese, podemos dizer que se confirma em nosso estudo, uma vez que a análise que realizamos a partir das categorias selecionadas e dos instrumentos de gestão governamental e de planejamento do SUS, nos permite afirmar que a direção apontada, ao utilizar um discurso que situa a atuação do Estado como espaço de realização do bem comum tanto tende à uma legitimação ideológica quanto naturaliza, pelo mesmo discurso, uma perspectiva de possibilidade de um sistema de saúde não necessariamente público, integral, universal, equânime, mas pretensamente “eficiente”.

Com isso, sinaliza-se a tendência de desconstrução conceitual do SUS, potencializando, de contrapartida, o impulso à mercadorização da saúde e o processo de acumulação do capital. Portanto, identificamos que o Estado no período analisado, através desses instrumentos estatais que fazem parte da sua estrutura burocrática, cumpre no processo de expansão do capital um papel marcadamente ideológico e de legitimação, que pode viabilizar uma operacionalização prática da política de saúde que restringe a sua dimensão universalista e propicia condições para a expansão do capital.

Entretanto, a afirmação completa dessa hipótese não pode ser dada apenas através da análise dos instrumentos de gestão governamental e de planejamento do SUS uma vez que ao longo do nosso trabalho também foi possível reconhecer que a estrutura burocrática do Estado, que fundamenta os processos de gestão governamental, não se restringe, obviamente, aos instrumentos de gestão e de planejamento destacados. Ou seja, a estrutura administrativa do Estado é mais ampla do que isso e inclui a organização dos três poderes e a possibilidade de realização de leis, decretos, portarias, normativas e outras iniciativas que transcendem o contexto do planejamento, e que podem, assim, dinamizar ou radicalizar a utilização da “máquina” do Estado em favor do capital. Esse ponto de discussão não é o objeto de nossas análises, mas as breves reflexões sobre as reuniões do Conselho Nacional de Saúde (vistas a partir de atas) permitiram identificar que uma das tarefas empreendidas nesse espaço de controle social e de luta tem sido justamente envidar esforços para resistir, questionar e repudiar a implementação de leis arbitrárias e que ferem os princípios do SUS, as quais não necessariamente estavam postas nos instrumentos de gestão e planejamento.

2º- “Os instrumentos de gestão do período Temer possibilitam compreender quais as principais orientações governamentais concretizaram na prática o aprofundamento do desmonte do SUS nesse período”.

Considerando a fragilidade que existe entre o campo formal do planejamento (do qual esses instrumentos fazem parte) e o campo da operacionalização da política de saúde, que abre uma grande janela de possibilidades, torna-se necessário refletir melhor sobre essa hipótese.

Os instrumentos dão alguns indícios, como já dissemos, sobre a direção e as intenções governamentais nesse período, as quais se localizam muito mais no processo de naturalização do vínculo entre o público e o privado em face da



flexibilização do conceito de saúde e do modelo de atenção que realiza, mas não exatamente expressam as ações que se desdobram, de fato, no aprofundamento do desmonte da saúde no período.

De forma objetiva, esses instrumentos e os objetivos e metas trazidos por eles, os quais foram medidos no ano-base de 2018, apontam indícios relacionados à falta de vontade política, o rebaixamento de metas, o não alcance das mesmas, porém, não dão dados qualitativos suficientes para pensar a sua expressão concreta no processo de precarização da saúde. O que esses dados nos permitem afirmar sem receios é que eles, no período em análise, não corroboram com o fortalecimento do SUS integralmente, em especial no seu princípio de universalidade, bem como, enaltecem algumas parcerias do público com o setor privado.

Portanto, esses instrumentos sinalizam, em alguma medida, uma direção que culmina no aprofundamento do desmonte do SUS, mas, vistos isoladamente, esses instrumentos não permitem o dimensionamento integral desse processo de desmonte. Quanto a isso, as próprias Atas das reuniões do Conselho Nacional de Saúde nos esclarecem alguns pontos e fornecem elementos de reflexão importantes, como por exemplo, ao questionar a questão do financiamento e a implementação dos Planos de Saúde Acessíveis.

Dentro disso, não refutamos nossa hipótese e, sim, notamos que há uma necessidade de complementaridade entre o que os instrumentos de gestão e planejamento colocam e aquilo que se realiza de fato no contexto do sistema de saúde, cujo estudo dos atos de lei realizadas no período podem se configurar como uma importante mediação.

A Gestão da política de saúde, em termos da incorporação da dimensão ético-política, transcende o espaço dos instrumentos de planejamento, não por porque os instrumentos sejam ineficazes por natureza, mas porque faz parte da dimensão ético-política do Estado a sua utilização muito mais como retórica e de forma ideológica, conforme apontamos, do que como protagonista no processo de efetivação da política.

3º- “A gestão governamental de Michel Temer direciona a saúde no sentido da radicalização da sua relação com o setor privado e de desmonte do SUS que repercute à curto e médio prazo”.

Na verdade, acreditamos que o estudo permitiu confirmar essa hipótese em parte, porém, nos trouxe a percepção de que é um equívoco interpretar que esse período incorporou à Política de saúde uma direção diversa daquela que já estava em curso.

Ao analisarmos a estrutura dos instrumentos de gestão governamental e de planejamento do SUS, identificamos que o período em análise não sinalizou, ao menos no campo formal, uma ruptura e uma mudança total de direção em relação ao que já estava posto, pelo contrário, sinalizou diversos indícios de continuidade, entretanto, com evidentes tons de radicalização e exacerbação. Ou seja, esse período demonstrou um aprofundamento da restrição da face universalista desse Estado, mas não em direção oposta ao que já vinha se estruturando. Para tal constatação, nos pautamos no fato de que foram feitas poucas atualizações e versões alteradas dos instrumentos analisados ao longo do período, o que faz acreditar que a gestão de Temer, de forma geral, ratificou muito do que já constava nesses documentos. Cabe ressaltar, também, que as estratégias de privatização e de relação público-privado nessa gestão apenas se aprofundaram e assumiram outras possibilidades mais radicais, porém, não são inéditas.

Quanto à afirmativa de que o período representava um direcionamento com expressões e impactos não só a curto, mas também a médio prazo, trata-se de uma afirmação possivelmente verdadeira, mas que só pode ser comprovada com análises que transcendam o espaço de tempo da própria gestão de Michel Temer, uma vez que, por exemplo, as alterações realizadas principalmente no Anexo I do Plano Plurianual, que orienta a supressão de vários indicadores e o rebaixamento de diversas metas de saúde até o fim do quadriênio (que dura até o final do ano de 2019) só poderiam ser observadas, pelo menos, ao término desse quadriênio. Porém, extremamente relevante destacar que ações como a EC 95/2016 congela o orçamento por 20 anos; bem como as indicações feitas no Planejamento Estratégico 2016-2019 sobre a restrição quanto aos concursos públicos, a flexibilização contratual da força de trabalho no serviço público, o incentivo à adesão à planos privados de previdência, e outros artifícios que repercutem no trabalho e no processo de trabalho na saúde podem ter impactos para além do período de gestão de Michel Temer.

Com relação a isso, é importante destacar que o trabalho é o fundamento principal da geração de valor (Marx, 2005) e que o Estado, ao reorganizar as

relações de trabalho, a sua gestão e ao privatizar a gestão das instituições públicas, traz à tona processos de exploração acentuados e a sua aproximação à processos de trabalho sob relações tipicamente capitalistas, atuando em favor do capital.

Para afirmar a validade dessa hipótese, portanto, para além dos indícios apresentados nos instrumentos de gestão, é preciso o acompanhamento dos desdobramentos relativos às ações adotadas no período do governo Temer, ou seja, é preciso analisar os períodos subsequentes, considerando, por exemplo, a continuidade das discussões acerca de Planos de Saúde Acessíveis, os impactos que a redução de indicadores de saúde terão sobre os dados, o conhecimento do setor e na elaboração de estratégias de enfrentamento. Assim como, deve-se observar como a redução de diversas metas pode reverberar nos períodos posteriores no que diz respeito ao alcance das ações em saúde, e se se configurará como uma tendência nas gestões seguintes, etc.

Para finalizar esse trabalho ratificamos, portanto, que a função do Estado e da gestão estatal, voltada a atuar nas condições indispensáveis à expansão do capital no contexto da reprodução social e da dominação, se apresenta nos instrumentos de gestão de forma sutil, exatamente no campo ideológico e da legitimação social, por incorporarem discursos e argumentos que, pela justificativa de aprimorar a prestação dos serviços, acabam por fragilizar a própria concepção de saúde e o modelo de atenção universal, integral, estatal e equânime, cuja desconstrução das bases fundamentais da política de saúde se constitui como elemento legitimador para ações de favorecimento do capital.

De forma geral, o Estado, nesse período em análise, reafirmou sua posição ao lado do capital e da restrição da sua dimensão universalista e, portanto, do atendimento à necessidades da classe trabalhadora.

Diante de tudo que foi posto, o que nos cabe para finalizar este trabalho é apontar que ele nos permite refletir sobre uma das expressões do padrão ideológico que conforma o quadro de naturalização do desmonte do SUS e as suas diversas formas de privatização. E, nesse sentido, retomando nossa motivação inicial pelo estudo do tema da gestão, a inserção profissional em uma unidade de saúde do SUS nos coloca diante de um quadro cuja precarização do sistema é tão profunda e as necessidades humanas são tão vitais e latentes, que a própria resistência ao projeto do capital se constringe em um movimento difuso que envolve a necessidade de respostas imediatas ao sofrimento humano e a falta de perspectiva.

Nesse quadro, os próprios profissionais do SUS podem sucumbir ao discurso de que os serviços públicos são ineficazes e de que a privatização é o norte para a melhoria do padrão de vida das pessoas e das condições de saúde.

Nesse sentido, é urgente manter a clareza de que o desmonte das políticas de saúde é um projeto do capital que demanda aporte de legitimação ideológica e que, se lograr êxito no campo do consenso, encontrará caminhos ainda mais fáceis para se realizar. Nesse sentido, aponta-se a importância de reflexão sobre o papel dos profissionais do SUS no que tange aos processos de consenso ou de resistência em prol do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

## REFERÊNCIAS

- ALLEN, R. O. O Processo de criação da Visão. **HSM Management**, São Paulo, n. 9, p. 18-22, jul./ago. 1998.
- ALMEIDA, C. C. T.; AIHARA, I. M.; BARROS, E. **Gestão de Recursos Humanos e Sistemas de Planejamento e Orçamento: Sua Articulação no Interior do Ministério da Saúde**. Coleção Escola de Governo em Saúde. Série de Trabalho de Alunos. Políticas e Gestão em Saúde. v. 1, Rio de Janeiro, 2004.
- ALVES, Giovanni. Trabalho e desigualdade social na reestruturação capitalista: um balanço da década neoliberal no Brasil. **Revista de Políticas Públicas**, São Luiz, v.7, n. 2., jul./dez. 2003.
- ASSUMPÇÃO, P. F. S. **A integralidade em saúde e o debate do Serviço Social**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006
- BOBBIO, Norberto. **A teoria das formas de governo**. Brasília: Unb, 1980. caps. I, II, III e IV.
- BONATO, V.L.; **Programas de qualidade em hospitais do município de São Paulo**. São Paulo. 2003
- BRAGA, José Carlos de Souza Braga; PAULA, Sergio Goes de Paula. **Saúde e Previdência: Estudos de Política Social**. São Paulo: CEBES–HUCITEC, 1981.
- BRAVO, Maria Inês Souza. As políticas Sociais Brasileiras de Seguridade Social: Saúde. *In*: CFESS. CEAD . **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo III: Política Social. Brasília: Unb/CFESS, 2000.
- BRAVO, Maria Inês. **Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos**. *In*: Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001
- BRAVO, M. I. S. e MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. *In*: **Cadernos de Saúde**. Projeto Políticas de Saúde – UERJ/ Faculdade de Serviço Social. Setembro de 2011, p. 15- 28
- BRAVO, M. I. S. e MENEZES, J. S. B. Participação Popular e controle social na saúde. *In*: **Cadernos de Saúde**. Projeto Políticas de Saúde – UERJ/ Faculdade de Serviço Social. Set. 2011. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/67170084/Revista-Cadernos-de-Saude-PAGINA>.
- BRAVO, M. I; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Revista Argum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

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

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. **Lei n. 8.080 de 19 de Setembro de 1990**, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos.

BRASIL. Presidência da República. **Câmara da Reforma do Estado**. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: A Presidência, 1995.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990**.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Plano Plurianual 2016-2019**. Brasília, DF, 2015. Disponível em

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **PPA 2016-2019 - Relatório Anual de Avaliação, Ano-Base 2017**. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/planeja/plano-plurianual>

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Planejamento Estratégico 2016-2019**. Brasília 2016. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/noticias/ministerio-lanca-seu-planejamento-estrategico-para-quatro-anos>.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Planejamento Estratégico 2016-2019. ATUALIZAÇÃO**. Brasília, 2018. Disponível em: [www.planejamento.gov.br/acesso-a.../pe-2016-2019-atualizado-20-07-2018-1.pdf](http://www.planejamento.gov.br/acesso-a.../pe-2016-2019-atualizado-20-07-2018-1.pdf)

BRITO, S.M.F.; GARCIA, Ronaldo. **Em Busca de Uma Nova Prática de Gestão na FUNASA**. Coleção Escola de Governo em Saúde. Série de Trabalho de Alunos. Políticas e Gestão em Saúde. Políticas e Gestão em Saúde. Rio de Janeiro, 2004. v. 1.

CERQUEIRA FILHO, Gisálio. **A “questão social” no Brasil**: crítica do discurso Político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982. p.57-72, p. 75-103

CFESS. Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. CFESS. Brasília, 2010.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração geral e pública**. Idalberto Chiavenato. - 2.ed. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2008. (Provas e concursos) 4º reimpressão.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Marxismo e Política**: A dualidade de Poderes e outros ensaios. São Paulo: Cortez. 1994

DAVI, J., SANTOS, M. E, A, dos, RODRIGUES, R. K. E. Ditadura das Finanças, apropriação do Fundo Público e contrarreformas das Políticas Sociais. *In*:

**Contrarreforma, Intelectuais e serviço Social: As Inflexões na Política de Saúde.** Campina Grande: Eduepb, 2017.

DEVER, G. E. ; ALAN, A. **Epidemiologia e Administração dos Serviços de Saúde.** São Paulo: [s.n.], 1999.

DUTRA, Vânia. **Controle Social e participação na gestão da saúde: a experiência do município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Gramma, 2016.

FERNANDES, Florestan. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina.** São Paulo: Global, 2009. p. 41-112.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. P. de; BIFF, Daiane, SCHERER; M. D. dos A. Modelo Assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n6/1869-1878/>.

FRIZERA, Franciani Bernardes. Reformas regressivas e política de saúde. **Revista Argum.**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 4-8, jan./abr. 2018.

GIOVANELLA, Lígia. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n. 1, jan./mar. 1991.

GONÇALVES, C. A. **Direitos à saúde: um estudo sobre as práticas dos assistentes sociais de saúde de Sorocaba – SP.** Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade.** Trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1999. p. 17-148

IAMAMOTO, Marilda e CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 11. ed. São Paulo: Cortez; Lima: CELATS, 1996. p. 29-126.

IAMAMOTO, Marilda. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis**, Brasília, n. 3, 2001. ABEPSS.

IAMAMOTO, M. V.. Estado, classes trabalhadoras e política social. *In*: BOSCHETTI, I. et al. (org.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas.** São Paulo: Cortez, 2008. p. 13-43.

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. *In*: LAURELL, Asa Cristina (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo.** 3. ed. São Paulo. Cortez, 2002. p. 151-178.

LESCURA, C.; FREITAS JR., D. B.; PEREIRA, R. Aspectos culturais predominantes na administração pública brasileira. *In*: EMAPEGS, 4., Viçosa, 2013. **Anais...** Disponível em: <http://www.emapegs.ufv.br/docs/Artigo64.pdf>

LUZ, Ana Beatriz Cardoso da. **Análise dos Instrumentos de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Editora Fundação Boiteux, Florianópolis, 2013. p. 34-54. (Coleção Gestão da Saúde Pública; 3)

MALTA, Deborah Carvalho. **Saúde suplementar e modelos assistenciais**. Dicionário da Educação em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Saude\\_Suplementar\\_e\\_ModelosAssistenciais.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Saude_Suplementar_e_ModelosAssistenciais.pdf)

MANDEL, E. **Capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982

MATOS, Maurílio Castro de. **Cotidiano, Ética e Saúde**: o Serviço Social frente a contra-reforma do Estado e à criminalização do aborto. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

MARX, Karl. A Lei Geral da Acumulação capitalista. *In*: MARX, Karl. **O Capital**. Livro I, Volume I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. p. 715–752

MARX, Karl. A Mercadoria. **O Capital**. Livro I, Volume I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

MARX, Karl. Para a crítica da economia política – introdução. *In*: Marx, Karl. **Para a crítica da economia política**: salário, preço e lucro: O rendimento e suas fontes. São Paulo: Nova Cultura, 1986. (Coleção Os economistas)

MARX, Karl. **Contribuição à Crítica da Economia Política**. São Paulo: Martins Fontes, 2003. p. 225–246.

MARX, Karl. **O Capital**: Crítica da Economia Política. Livro I. V. 1. 23° ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. Capítulo V. São Paulo: Moraes. 1969

MARX, Karl. **Capítulo VI inédito de O Capital**. Resultados do processo de produção imediata.

MARX, Karl; ENGELS, Fredrich. **A ideologia alemã**. 1 Capítulo seguido das Teses sobre Feuerbach. São Paulo: Editora Moraes, 1984.

MAZZEO, Antonio Carlos. **Estado e burguesia no Brasil**. Belo Horizonte: Oficina do Livro, 1989. p. 87-129.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pacto pela Saúde**. Portaria n° 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.



MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N. 1.559**, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010 - Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Instrumentos de Gestão do SUS**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 60. Brasília, DF, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 1.097** de 22 de Maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSus)**: uma construção coletiva- trajetória e orientações de operacionalização. Brasília Distrito Federal- 2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 399**, de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/planos-programacoes-e-relatorios-de-gestao-do-sus>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Programação Anual de Saúde 2018. Brasília/ F, Novembro de 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/planos-programacoes-e-relatorios-de-gestao-do-sus>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Relatório Anual de Gestão 2018**. Brasília, DF. Março, 2019. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/planos-programacoes-e-relatorios-de-gestao-do-sus>

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V.R. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. *In*: MOTA, A. E., BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R. et al, (org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS; Cortez, 2006

MONTAÑO, C. E. O serviço Social frente ao neoliberalismo. Mudanças na sua base de sustentação funcional-ocupacional. **Serviço Social e Sociedade**, n. 53, 1997.

NETTO, José Paulo. Cinco Notas a propósito da questão social. **Revista Temporalis**, Brasília: ABEPSS, nº3, 2001.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

OLIVEIRA, J. C. S. de. **Regionalização da Assistência à saúde**: um estudo dos limites à implantação da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS na região norte do Estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2006.

OPAS. OMS. **A Transformação da Gestão de Hospitais na América Latina e Caribe** 2004.

PAULA, Ana Paula Paes de. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.fgv.br/rae/artigos/revista-rae-vol-45-num-1-ano-2005-nid-45058/>

PARO, V.H. **Administração escolar**: Introdução crítica. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2006

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Reforma do Estado para cidadania**: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Ed. 34; Brasília: ENAP, 1998

PEREIRA, Luiz Carlos B.; GRAU, N. C. Entre o estado e o mercado: o público não-estatal. *In*: PEREIRA, Luiz Carlos Bresser; GRAU, Nuria Cunil (org.). **O público não-estatal na reforma do estado**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

POULANTZAS, Nicos. **O estado, o poder, o socialismo**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000

PRADO JR, Caio. **Formação do Brasil contemporâneo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. (Sentido da colonização).

RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Planejamento de Saúde**. Dicionário da Educação em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/plasau.html>

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e Gestão em Saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2265–2274, 2010.

SECCHI, Leonardo. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-369, mar./abr. 2009.

SILVA, Ademir Alves da. **A gestão da Seguridade Social**: entre a política pública e o mercado. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SILVA, Alessandra Ximenes; MATIAS, Thaisa Simplício Carneiro; SILVA Maria José de Souza. A contrarreforma na política de saúde e os intelectuais. **Revista Argum.**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 189-202, set./dez. 2018.

SILVA, G. S. Financeirização do capital, fundo público e políticas sociais em tempo de crise. *In: Cadernos de Saúde*. Projeto Políticas de Saúde – UERJ/ Faculdade de Serviço Social. Set. 2011.

SILVA, S. S. S., ALMEIDA, L. M., ANDRADE, S.S. Neoliberalismo e contrarreformas das políticas sociais. *In: Contrarreforma, Intelectuais e serviço Social: as Inflexões na Política de Saúde*. Campina Grande: Eduepb, 2017.

SOARES, L. G. B. **O processo de precarização da Política de Saúde**: um panorama baseado na experiência de estágio no Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras 2012 (Trabalho de Conclusão de Curso).

SOUZA FILHO, Rodrigo; GURGEL, Cláudio. **Gestão democrática e serviço social**: princípios e propostas para a intervenção crítica. São Paulo: Cortez, 2016. (Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 7)

SOUZA FILHO, Rodrigo. Crítica à concepção gerencialista de gestão pública: o caso brasileiro. *In: SEMINÁRIO LATINOAMERICANO DE ESCUELAS DE TRABAJO SOCIAL*, 10., 2009, Ecuador. **Anais eletrônicos**. Ecuador: Universidad Católica Santiago de Ecuador, 2009. Disponível em: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-166.pdf>

SOUZA FILHO, Rodrigo de. **Gestão Pública e democracia**: a burocracia em questão. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013

SOUZA, R. G.; MONNERAT, G. L.; SENNA, M. de C. M. Tendências atuais da descentralização e o desafio da democratização na gestão da saúde. *In: Política social e democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

TEIXEIRA, Carmen Fontes (org.). **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Introdução. Salvador : EDUFBA, 2010. p. 9-15.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Enfoques teórico-metodológicos do Planejamento em Saúde. *In: TEIXEIRA, Carmen Fontes (org.). Planejamento em saúde*: conceitos, métodos e experiências. Salvador : EDUFBA, 2010.

TEIXEIRA, C. F., SÁ, M. de C. Planejamento & gestão em saúde: situação atual e perspectivas para a pesquisa, o ensino e a cooperação técnica na área. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 80-103, 1996.

TEIXEIRA, C. F., JESUS, W. L. A. Correntes de Pensamento em Planejamento de Saúde no Brasil. *In: TEIXEIRA, Carmen Fontes (org.). Planejamento em saúde*: conceitos, métodos e experiências. Salvador : EDUFBA, 2010.

TEIXEIRA, Joaquina Barata. Formulação, Administração e Execução de Políticas Públicas. *In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. CEFESS/ ABEPSS. Brasília, DF, 2009.

TONI, Jackson de. O que é Planejamento Estratégico Situacional? *Revista Espaço Acadêmico*, n. 32, jan. 2002.

VIEIRA, Ana Cristina de Sousa. Política de Saúde e HIV: Direito à Saúde e Reformas Regressivas. *Revista Argum*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 72-83, jan./ abr. 2018.

WEFFORT, Francisco C. (org.). *Os clássicos da política I*. 13. ed. São Paulo: Editora Ática, 2003.

YAZBECK, Maria Carmelita. O serviço social como especialização do trabalho coletivo. *In: Capacitação em serviço social e política social: módulo 2 : Reprodução social, trabalho e serviço social*. Brasília: CEAD, 1999.

A EVOLUÇÃO histórica do federalismo brasileiro: Uma análise histórico-sociológica a partir das Constituições Federais- Ronaldo Alencar dos Santos e Priscilla Lopes Andrade". Disponível em:  
<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=a424ed4bd3a7d6ae>. Acesso em: fev. 2019.

O FEDERALISMO brasileiro – Antônio José Barbos. Disponível em:  
<https://www12.senado.leg.br/jovensenador/home/arquivos/textos-consultoria/o-federalismo-brasileiro> Acesso em: fev. 2019

MALTA, Deborah Carvalho. Saúde suplementar e modelos assistenciais. Disponível em:  
[http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Saude\\_Suplementar\\_e\\_ModelosAssistenciais.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Saude_Suplementar_e_ModelosAssistenciais.pdf). Acesso em: abr. 2019.

CONSTITUIÇÃO da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em:  
<http://www2.planalto.gov.br/conheca-a-presidencia/acervo/constituicao-federal>  
Acesso em: fev. 2019.

[https://brasil.elpais.com/brasil/2018/12/18/politica/1545165331\\_275511.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2018/12/18/politica/1545165331_275511.html). Acesso em: jan. 2019.

<http://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/planos-programacoes-e-relatorios-de-gestao-do-sus>. Acesso em: jun. 2019.

<http://www.planejamento.gov.br/assuntos/planeja/plano-plurianual>. Acesso em: jun. 2019.

<http://conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: jun. 2019.

[http://conselho.saude.gov.br/atas/atas\\_inicial.htm](http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm). Acesso em: jun. 2019.

<https://noticias.uol.com.br/cotidiano/2011/01/18/tragedia-deixa-mais-de-700-mortos-na-regiao-serrana-chuvas-afetam-95-mil-no-rio.jhtm>. Acesso em: abr. 2019.

<https://revistaforum.com.br/programa-farmacia-popular-deixa-de-atender-7-milhoes-em-dois-anos/>. Acesso em: abr. 2019.

<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/decisao-no-fim-do-governo-temer-gera-desabastecimento-de-drogas-contratunores-raros/12491/7/>. Acesso em: abr. 2019.