



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Carlos Eduardo Vilela Tiago

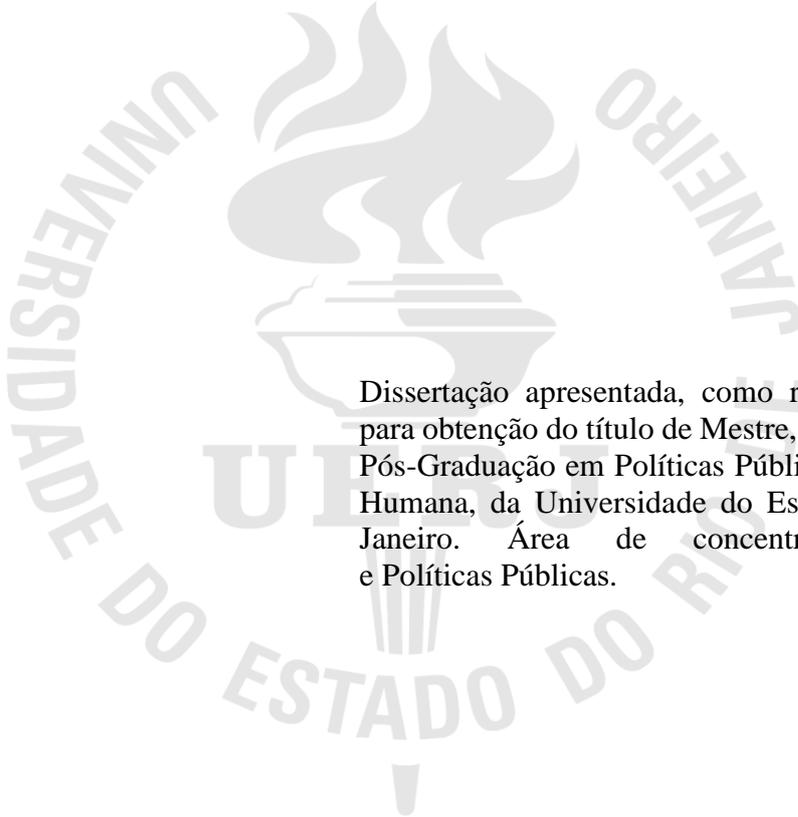
Do macro ao micropolítico: um estudo do modelo de gestão gerencial e seus impactos no trabalho de profissionais de uma clínica da família carioca

Rio de Janeiro

2023

Carlos Eduardo Vilela Tiago

Do macro ao micropolítico: um estudo do modelo de gestão gerencial e seus impactos no trabalho de profissionais de uma clínica da família carioca



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Estado e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos de Azevedo Ritto

Rio de Janeiro

2023

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

T551 Tiago, Carlos Eduardo Vilela
Do macro ao micropolítico: um estudo do modelo de gestão gerencial e seus impactos no trabalho de profissionais de uma clínica da família carioca / Carlos Eduardo Vilela Tiago. – 2023.
114 f.

Orientadora: Antonio Carlos de Azevedo Ritto.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Centro de Educação e Humanidades.

1. Política de Saúde – Teses. 2. Saúde Pública – Teses. 3. Neoliberalismo – Teses. I. Ritto, Antônio Carlos de Azevedo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Educação e Humanidades. III. Título.

bs CDU 614(81)

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

Assinatura

Data

Carlos Eduardo Vilela Tiago

Do macro ao micropolítico: um estudo do modelo de gestão gerencial e seus impactos no trabalho de profissionais de uma clínica da família carioca

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Estado e Políticas Públicas.

Aprovada em 23 de agosto de 2023.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Antonio Carlos de Azevedo Ritto (Orientador)
Faculdade de Educação - UERJ

Prof. Dr. Ney Luiz Teixeira de Almeida
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Prof. Dr. Alexandre Jerônimo de Freitas
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – UFRRJ

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Não há exemplo maior de dedicação do que o da nossa família. Dedico este trabalho a minha avó, Fernanda Ribeiro dos Santos Vilela, dona de uma das histórias de vida mais inspiradoras que já conheci e uma de minhas criadoras na infância, a quem agradeço as bases que deram para me tornar a pessoa que sou hoje.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, aquele que sempre é mentalizado por mim nas horas de maior dificuldade.

Ao orientador desta dissertação de mestrado, professor Antonio Carlos de Azevedo Ritto, pela sua enorme paciência e determinação em todas as suas diversas orientações, tanto presencialmente quanto por telefone e e-mail. Sou grato pelo sua intensa dedicação nas reuniões de orientação em debater a argumentação teórica defendida na pesquisa, além de compartilhar seus conhecimentos, não só acerca do tema da saúde, mas de outras áreas do saber acadêmico e da vida. Graças aos seus conselhos preciosos, muito se pode alcançar em termos de reflexões, fundamentais para o êxito deste trabalho.

A minha avó Fernanda Ribeiro dos Santos Vilela (a qual dedico esta dissertação), ao meu avô Francisco Augusto Vilela (*in memoriam*) e a minha mãe, Marcia Ribeiro Vilela, pois foram pessoas muito importantes na minha vida e me deram forças para lutar e chegar até o final desta etapa.

A minha irmã, Amanda Vilela Tiago, que me presenteou com um livro que me auxiliou na construção do arcabouço teórico desta dissertação e que procurou sempre saber e discutir acerca dos assuntos que envolveram este extenso trabalho de pesquisa.

Aos colegas de mestrado e, notadamente, aos amigos, Eliaquim Machado, Zalmir Garcia, Karine Vargas, Simone Pires, Manuella Pourroy Pereira, pelos diversos momentos que envolveram debates sobre os temas sociais, indicações de livros e trabalhos acadêmicos que auxiliaram na realização desta dissertação, além do aconselhamento e reflexão sobre os mais variados assuntos da vida.

Aos integrantes da banca de qualificação e defesa desta dissertação, compostas pelos professores doutores Ney Luiz Teixeira de Almeida e Alexandre Jerônimo, pela atenção, cuidado e grande preciosismo no detalhamento das reflexões e sugestões de melhoria que me permitiram direcionar os estudos para que a pesquisa ficasse mais rigorosa e relevante.

Aos profissionais de saúde da clínica da família e servidores públicos municipais, pelo acolhimento caloroso e pela presteza na execução de trâmites burocráticos para a pesquisa de campo.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana (PPFH) da UERJ e da Biblioteca do Centro de Educação e Humanidades (CEH/A).

Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstâncias.

Paulo Freire

RESUMO

TIAGO, Carlos Eduardo Vilela. *Do macro ao micropolítico: um estudo do modelo de gestão gerencial e seus impactos no trabalho de profissionais em uma clínica da família carioca*. 2023. 114f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Centro de Educação e Humanidades, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

A presente dissertação tem como objetivo realizar uma análise da gestão pública gerencial, sob o prisma dos aspectos gerais do modelo, percorrendo aspectos macro (mudanças legislativas e institucionais) e suas repercussões na esfera micropolítica, notadamente nos contratos de gestão e nas rotinas de trabalho, a partir do estudo de caso da gestão de uma clínica da família localizada na zona norte deste município, apontando alguns aspectos críticos com vistas a fortalecer os seus princípios basilares do SUS e da administração pública. Diante da escassez de artigos científicos e livros publicados sobre o referido recorte temático proposto, este trabalho pretendeu colaborar para o preenchimento desta lacuna existente, além de propor e incentivar outros estudos e linhas de pesquisa nesta seara do conhecimento a qual abarca as áreas da gestão de OSSs, do gerencialismo e das políticas públicas de saúde. Adicionalmente, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, contemplando artigos científicos e livros publicados. Realizou-se também uma pesquisa documental sobre disposições normativas e regulamentares da SMS-Rio, além de documentos de uso administrativo. Por fim, buscou-se informações, para fins de análise do ambiente micropolítico da gestão gerencial, provenientes da observação simples de aspectos que envolvam a gestão do trabalho de profissionais da uma clínica da família abordada no presente estudo.

Palavras-chave: Política Pública de Saúde. Organizações Sociais de Saúde (OSS). Gerencialismo. Neoliberalismo. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio)

ABSTRACT

TIAGO, Carlos Eduardo Vilela. *From macro to micropolitics: a study of the managerialism model in public administration and its impacts on the work of professionals in a health unit in Rio de Janeiro*. 2023. 114 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Centro de Educação e Humanidades, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

This research aims to carry out an analysis of managerialism in public management under the prism of the general aspects of the model and its repercussions in the micropolitical sphere, notably in work routines, based on the case study of the management on a health unit located in the north of Rio de Janeiro city, pointing out some criticisms about this model and its effects according to the basic principles of Brazil's public health system and the main legal principles of public management. Faced with the scarcity of scientific articles and books published on the aforementioned proposed theme, this work intends to collaborate to fill this existing gap, in addition to proposing and encouraging other studies and lines of research in this field of knowledge, which encompasses the areas of public health management, managerialism and public health policies. Additionally, a bibliographical research was carried out, contemplating scientific articles and published books. Documentary research was also carried out on normative and regulatory provisions of the department of health of Rio de Janeiro city, in addition to documents for administrative use. Finally, information was sought for the analysis of the micropolitical environment of public management structure, from the application of semi-structured interview questionnaires with eight health workers from a family clinic addressed in the present study, using the method of content analysis for interpretation of such measured data.

Keywords: Public Health Policy. Social Health Organizations. Managerialism. Neoliberalism. Municipal Health Secretary of Rio de Janeiro.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Transferência De Recursos SUS - Receitas Realizadas	77
Gráfico 2 –	Despesas Com Saúde pelo MRJ.....	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Receitas previstas do Orçamento da Seguridade Social do MRJ.....	75
Tabela 2 –	Despesas Fixadas do Orçamento da Saúde do MRJ.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AP	Área de Planejamento
CAP	Coordenação de Área Programática
CF	Clínica da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MLP	Modelo Liberal Periférico
MRJ	Município do Rio de Janeiro
NGP	Nova Gestão Pública
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica

LISTA DE SÍMBOLOS

% Porcentagem

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	OBJETO DA PESQUISA	19
1.1	Delimitação do objeto	20
2	OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS	21
3	PERCURSO METODOLÓGICO	22
3.1	Limitações do método do estudo de caso	24
4	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO	26
4.1	O SUS Constitucional e Legal	26
4.2	Conclusões Do Capítulo	31
5	AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO NEOLIBERAL	33
5.1	A contrarreforma neoliberal do aparelho de Estado e seus impactos na saúde pública	33
5.1.1	Anos 80 e 90: a contrarreforma do aparelho de Estado brasileiro e o modelo de gestão gerencial.....	33
5.1.2	Breve histórico das mudanças realizadas nas formas de organização da saúde pública brasileira no contexto das contrarreformas neoliberais.....	48
5.2	Os projetos de saúde em disputa	59
5.3	Desafios do SUS no contexto atual	61
5.4	Conclusões do capítulo	63
6	POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO ...	66
6.1	Quadro analítico orçamentário da saúde no MRJ	68
6.1.2	A Execução Orçamentária da Saúde Municipal.....	76
6.2	O modelo federalista brasileiro e o SUS	78
6.3	O modelo de “Estratégia de Saúde da Família” (ESF)	83
7	O GERENCIALISMO NA SAÚDE PÚBLICA: O CASO DE UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA DA ZONA NORTE DO MRJ	84
7.1	O fenômeno da gerencialismo no Brasil: aspectos gerais	84
7.2	Instrumento de controle municipal: o contrato de gestão da CAP 3.1 e UPA Alemão	88

7.3	O histórico das mudanças institucionais na prestação de serviços públicos da saúde no âmbito do MRJ.....	92
7.4	Discussão de resultados: o caso da gestão gerencial de uma clínica da família carioca.....	95
	CONCLUSÕES DA PESQUISA	99
	REFERÊNCIAS.....	105

INTRODUÇÃO

O Estado brasileiro tem sido marcado, desde o início dos anos de 1990, por inúmeras mudanças no âmbito de sua administração. A primeira reforma se deu, segundo Bresser-Pereira (2017), com a instalação do modelo burocrático weberiano. Esta se caracterizou pela rejeição ao patrimonialismo, ao menos em tese, e propiciou a migração para uma administração profissional (BRESSER-PEREIRA, 2017), marcando a dicotomia entre administração e política (WILSON, 1887). Tal demarcação fundamentou a formação de uma tecnocracia cuja retórica se baseou em uma atuação exclusivamente técnica, supostamente segregada do âmbito da seara da política (aqui entendida no sentido de *politics*). Tal narrativa emergiu no período da ditadura civil-militar brasileira cujo cenário foi marcado por uma grande competição burocrática entre segmentos das Forças Armadas e a tecnocracia civil na tomada de decisões dentro do Poder Executivo (CARDOSO, 1982).

A partir deste momento histórico origina-se um potencial conflito que fundamenta a teoria da agência naseara da administração pública a qual origina uma das problemáticas que envolvem o modelo de administração pública gerencial e a gestão por Organizações Sociais (CAVALCANTI & DE LUCA, 2013).

O conflito de agência caracteriza-se por uma relação antagônica entre o agente e o principal, os quais detêm interesses opostos, ocorridas no seio das organizações (ANDRADE & ROSSETTI, 2006). Os agentes são, segundo Castro e Silva (2017), no âmbito da Administração Pública, os gestores públicos os quais lidam com a gestão do aparelho de Estado e que possuem o monopólio das informações das suas agências e detém o interesse de maximizar os recursos orçamentários das mesmas e de manter/aumentar suas remunerações. Já o principal é representado pelo mandatário, uma vez que esse é legitimado pela representação dos interesses e anseios da maioria da população que o elegeu e, assim, possui o interesse, em tese, de atender as expectativas dos seus eleitores como forma de conquistar apoio político e obter vitórias em eleições (CASTRO & SILVA, 2017).

Tal conflito gera um desdobramento em termos de solução endereçada pela classe política, dentre outros fatores intervenientes igualmente relevantes, na direção de introduzir mudanças institucionais para “gerencializar” a administração pública, introduzindo valores e paradigmas provenientes da gestão privada, além da inclusão de entidades públicas de direito privado e as provenientes do terceiro setor (Organizações Não Governamentais) na prestação de serviços públicos, notadamente efetivado por completo na área da saúde pública.

Outro fator que se caracteriza como um dos atributos fundamentais para a ascensão e consolidação hegemônica do paradigma gerencial na gestão pública deve-se à posição de supremacia da ideologia neoliberal, que passou a ser vislumbrada como sendo um valor universal. Tal movimento decorre de mudanças sociais, políticas e no padrão de acumulação de capital empreendidos a partir do início da década de 90, com a ascensão política e econômica da fração de classe bancário-financeira e com a consolidação da democracia liberal no Brasil, gerando repercussões, de viés privatista, dentro da administração pública como um todo, ensejando modificações institucionais de cunho liberal as quais são denominadas por “reforma do aparelho de Estado” ou “reforma administrativa”.

Tais mudanças, de âmbito macro, se apoiaram em discursos em defesa da eficiência na prestação de serviços públicos, mas que produziram, como efeito concreto, à nível micro, conforme será detalhado ao longo desta dissertação, uma precarização do trabalho em saúde, abrindo mais um front, em termos de nicho de mercado, a ser explorado por agentes privados ou por aqueles que, mesmo sendo entidades públicas, operem conforme a lógica privada.

Outro fato histórico apontado na literatura para o avanço da racionalidade neoliberal e do gerencialismo na gestão pública deve-se às mudanças associadas à conjuntura econômica. Isto ocorreu, pois, nos anos de 1980, além dos problemas referentes à burocracia, houve a herança de um cenário externo já conturbado, caracterizado, dentre outros fatores, por uma crise fiscal do Estado, iniciado nos fins da década de 70 (BATISTA, 2016), fazendo com que a transição da administração para os moldes gerenciais fosse marcada por alterações relevantes no âmbito das políticas voltadas para a gestão pública, promovidas pelas administrações dos diferentes entes (SECCHI, 2009). Esta mudança foi motivada como sendo uma resposta nítida à necessidade de incremento da eficiência ou decréscimo dos custos (ANDREAZZI & BRAVO, 2014; BRESSER-PEREIRA, 2017).

Diante do contexto da contrarreforma do aparelho de Estado, o gerencialismo aparece como sendo relacionado a um novo papel estatal cuja efetividade estaria ligada à capacidade de coesão nas ações e decisões entre os *stakeholders* com vistas a melhorar a entrega de resultados pelos serviços públicos oferecidos (KISSLER & HEIDEMANN, 2006).

Assim, o Estado abandona o papel de produtor direto de serviços públicos e de executor de políticas públicas para uma posição de planejador, financiador e controlador das mesmas. A execução ficaria a cargo de agentes privados e que se caracterizariam como mais um *stakeholder*, uma vez que teriam interesses próprios e eventualmente conflitantes com os demais, dentro de um sistema de governança de serviços e políticas públicas. O sistema de

saúde pública municipal do Rio de Janeiro apresenta esta configuração com a introdução das OSS na prestação de seus serviços, desde a atenção primária até a terciária.

Assim, a gestão por OSS (Organizações Sociais de Saúde), bem como as realizadas por entidades pertencentes ao poder público, mas regidas predominantemente pelo regime jurídico de direito privado – como é o caso de uma empresa pública a qual é representada, no âmbito do MRJ, pela Empresa Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (RIOSAUDE) – surge como uma derivação resultante da contrarreforma gerencial do Estado. Portanto, cabe analisar os aspectos gerais e específicos desta nova abordagem sobre a administração pública sob o aspecto dos efeitos concretos gerados no aspecto micropolítico, notadamente na esfera do trabalho, no que se refere a uma determinada política pública, sendo que, no caso do presente trabalho de pesquisa, refere-se à saúde pública municipal do Rio de Janeiro.

A escolha realizada pela área da saúde pública deve-se ao fato de ser um tipo de serviço público de elevada relevância para os cidadãos, uma vez que representa um setor de grande demanda, especialmente daqueles provenientes das classes menos abastadas. Tal prestação de serviço, de caráter essencialmente universal e de interesse público, constitui em uma política social relevante, refletindo uma atuação positiva do poder público. Portanto, tal política entende-se como fundamental para buscar-se “a preservação e a elevação do bem-estar social, procurando que os benefícios do desenvolvimento alcancem a todas as classes sociais com a maior equidade possível” (CARVALHO, 2007, p.75).

Além disto, tal política busca concretizar a produção de um bem denominado “meritório”, pois, apesar de se poder aplicar o princípio da exclusão, o setor público, no exercício de sua função alocativa, em tese, deve fornecer os serviços de saúde, concomitantemente com o setor privado, pelo fato de produzirem “altos benefícios sociais e externalidades positivas” (GIAMBIAGI & ALÉM, 2011, p.13). Adicionalmente, tais serviços consistem também na materialização de um direito social, estabelecido constitucionalmente, sendo essencial à garantia da sua prestação indistinta à população, em especial aos mais pobres que não dispõem de recursos para adquiri-los no setor médico privado.

A escolha pelo setor de saúde pública ocorre também por conta da existência de uma macroestrutura de governança complexa, que perpassa os três entes da federação, regidos por diversos instrumentos normativos e regulamentares, e os quais integram um corpo único. Tal macroestrutura consiste no Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado e de caráter universal no que tange a sua abrangência. Segundo Sérgio Prado (2007), o SUS se caracteriza por ser um Programa Nacional: é um sistema de transferência que provém do governo federal para a finalidade empregar recursos para a prestação do serviço que é quase totalmente ofertado

pelos entes federativos subnacionais, cabendo à União a fixação de parâmetros para estes serviços, geri-lo e planejá-lo. Para o referido autor, a oferta descentralizada deste serviço melhora a eficiência do gasto, ficando sob o controle do ente central a destinação de recursos, a legislação e o gerenciamento da intervenção estatal de forma a garantir a uniformidade da sua prestação, quanto aos padrões e a distribuição, em todo o território nacional.

Dentro desta grande rede intrincada, a gestão municipal de saúde pública do Rio de Janeiro corresponde à esfera onde recai a aplicação do modelo de gestão pública gerencial com a participação massiva das Organizações Sociais e da RioSaude na prestação de serviços e na execução desta política pública. A saúde pública carioca, sob a responsabilidade da SMS-Rio, detém uma relevância considerável, pois corresponde a uma das principais estruturas de saúde do país.

Com uma população de aproximadamente 6,5 milhões de habitantes, o Rio de Janeiro é o 3º município mais populoso do Brasil (IBGE, 2010). Em 2017, segundo o IBGE, o Município do Rio de Janeiro (MRJ) possui um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 337,6 bilhões, o que corresponde ao 2º maior dentre os municípios do Brasil e equivalendo a uma participação de 5% de toda a riqueza nacional produzida. Já o PIB per capita anual é de R\$52.833,25 por habitante, sendo 368º maior dentre os municípios brasileiros (IBGE, 2019). A economia carioca se caracteriza por uma base turística de alta capacidade, com destacada estrutura portuária e aeroviária, e uma fartura patrimonial em termos arquitetônicos, históricos, artísticos e paisagísticos. Entre as principais atividades econômicas, encontram-se as turísticas e de administração pública geral – 21,9% do Valor Adicionado Bruto, segundo o IBGE (2017).

No que se refere à saúde pública, o MRJ possui um orçamento anual previsto, conforme anexo VI da Lei nº 6.707/20, de mais de 5,64 bilhões de reais (RIO DE JANEIRO (RJ), 2020), sendo o 2º maior dentre as capitais brasileiras. Cabe ressaltar que o caso do Rio de Janeiro gera influência de proporções nacionais no que se refere às reformas gerenciais, uma vez que envolve a implementação massiva do modelo de Organizações Sociais (OSs) dentro de uma capital nacionalmente importante (RIBEIRO & ALCOFORADO, 2016).

A política pública de saúde do Município do Rio de Janeiro, sob a responsabilidade da SMS-Rio que, na qualidade de gestora municipal do SUS, por meio das suas CAPs (Coordenações de Áreas Programáticas) há a contratação, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação dos resultados que deverão ser apresentados pelas OSSs. Conforme disposições previstas na legislação pertinente, de âmbito federal e municipal, bem como no contrato de gestão firmado para a CAP 3.1, a gestão gerencial promovida pela OSS Viva Rio sobre uma

clínica da família localizada dentro da área de abrangência corresponde ao lócus de análise do presente estudo de caso.

A clínica da família (CF) selecionada para o estudo, além de refletir o contexto estatal contrarreformista descrito, corresponde a uma unidade de grande porte, localizada na zona norte da cidade, com um total de 8 equipes de saúde da família. É considerada uma das clínicas principais na região coberta pela CAP 3.1, com um total de aproximadamente 117 funcionários e beneficiando 29.184 pessoas da região, em 2022. A clínica foi gerida pela empresa pública RIOSAUDE até o ano de 2021. O contrato de gestão da CAP 3.1 é de 2021, o que atende a um dos requisitos temporais da pesquisa (análise de unidade com contrato de gestão celebrado no período que abarca o Plano Estratégico 2021-2024)

A pesquisa também se justifica por se considerar a abordagem crítica, sob o ponto de vista macro e micropolítico, da gestão gerencial de políticas públicas de saúde escassa na literatura científica brasileira, porém de grande relevância para a pesquisa em administração pública, bem como no campo das políticas públicas, colaborando, assim, com a ampliação do conhecimento nesta seara do saber.

A presente dissertação foi estruturada em sete tópicos. Os três primeiros tópicos podem ser agrupados em um bloco onde se concentra na abordagem de aspectos específicos inerentes à pesquisa a ser realizada, tais como: a definição do objeto, a descrição dos objetivos geral e específicos e o percurso metodológico adotado para a realização da pesquisa. A segunda parte, abarcada pelos tópicos 4, 5 e 6, busca trazer um panorama histórico, que abrange desde o nacional até o caso particular do MRJ, acerca da arquitetura do sistema público de saúde brasileiro, apresentando o contexto de mudanças institucionais decorrentes de lutas travadas no plano macropolítico entre os defensores de um sistema público, gratuito, universal e os que se contrapõe a este projeto, encabeçados por forças privatizantes que defendem a introdução do denominado “modelo gerencial”, ou NGP, na gestão pública da saúde. Por fim, o tópico 7 procurou explorar, dentro do nível micropolítico, os impactos da NGP nas rotinas de funcionamento de uma clínica da família localizada na zona norte do MRJ.

1. OBJETO DA PESQUISA

O objeto de pesquisa consiste nas repercussões, em termos dos impactos nas rotinas de trabalho, por conta dos mecanismos gerenciais adotados pela SMS-Rio no contrato de gestão e os controles adotados pela Organização Socias de Saúde (OSS) na gestão de uma Clínica da Família localizada na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, abarcando o período de 2022 e 2023.

Entende-se como instrumento de análise do modelo gerencial municipal a existência de um alinhamento dos contratos de gestão com a política pública da atenção primária de saúde e se estes refletem as suas orientações gerais (diretrizes). Os contratos de gestão, uma das fontes de dados de análise, são instrumentos previstos na Constituição Federal de 1988 e os quais possuem como objeto o estabelecimento de metas vinculadas ao desempenho da contratada gestora do(s) serviços(s), sendo firmado entre os responsáveis pela gestão da administração indireta e o titular representante do ente da federação contratante. Tais contratos regulam a prestação de serviços de saúde executados pelas OSS, ou pela entidade da administração indireta, e viabilizam a coordenação, o monitoramento e o controle das ações atreladas à política pública de saúde.

As OSS se caracterizam por serem Organizações Não Governamentais (ONGs) que são qualificadas pelo ente público como forma de reconhecimento de que possuem a finalidade de consecução de objetivos de interesse social, sendo tais coadunantes com os fins de interesse público que são perseguidos pelo ente estatal. Já a entidade da administração indireta, como é o caso da Riosaude, configura-se por ser uma empresa pública, onde o capital social foi totalmente integralizado pelo poder executivo municipal do Rio de Janeiro.

A coincidência fundamental entre estas organizações deve-se ao fato de ambas serem regidas predominantemente pelo regime jurídico de direito privado, com as contratações de seus funcionários regidas pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e ambas devem submeter-se à prestação de contas realizadas, mediante controle externo, pelo Tribunal de Contas e pelo Poder Legislativo respectivo ao ente federativo em questão. A diferença basilar entre estes dois tipos de organização consiste no fato de que a OSS corresponde a uma entidade privada sem fins lucrativos, mas sob o controle de particulares e a empresa pública Riosaude consiste em uma empresa, portanto, com fins lucrativos, mas sob o controle integral do poder público municipal cujos gestores são indicados diretamente por este.

1.1. Delimitação do objeto

Por se tratar de um estudo acerca das relações de controle entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio), via CAP 3.1, e uma Organização Social de Saúde (OSS) ligada à gestão da Clínica da Família analisada na pesquisa, uma das limitações é não abordar outros tipos de organizações e arranjos contratuais de prestação de serviços de saúde, ou seja, não retratar fidedignamente a realidade que abarca o universo dos órgãos e entidades da área da saúde pública existentes, além de outras unidades de saúde existentes na saúde pública do MRJ, como é o caso da Riosaude.

Adicionalmente, na medida em que o estudo se dá pela gestão da OSS responsável pela clínica da família selecionada para a presente pesquisa, abrangendo a investigação de campo no período entre os anos de 2020 e 2023, a temática da pandemia da Covid-19, iniciada no primeiro trimestre de 2020 e perdura até o presente momento de realização da pesquisa, não será central na abordagem do trabalho. Buscou-se, assim, abordar o tema tangencialmente no que diz respeito aos impactos na gestão pública de saúde do Rio de Janeiro na medida em que esta afeta a estrutura do SUS de prestação de serviços e, portanto, impacta em todas as políticas públicas de saúde.

2. OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS.

Pretende-se alcançar o seguinte objetivo geral com a pesquisa: investigar os elos que ligam o projeto político, desde o macro (legislação e contratos de gestão) até os impactos ocorridos na esfera da micropolítica (dimensão do trabalho exercido pelos profissionais de saúde), abarcando os mecanismos gerenciais de controle para a concretização do modelo gerencialista na APS no âmbito municipal carioca, adotando-se por base instrumentos de planejamento e gestão adotados pela Prefeitura do Rio de Janeiro aplicados ao caso de uma clínica da família carioca localizada na zona norte da cidade.

Para se chegar a uma conclusão sobre tal objetivo geral, será perseguido o alcance dos seguintes objetivos específicos:

1. Introduzir a conjuntura histórica e política que resultou na promoção da contrarreforma gerencial na administração pública brasileira, estabelecendo os conceitos e os aspectos hodiernos da chamada “Nova Gestão Pública” (NGP), ou “gerencialismo”, e da concepção da política pública dentro do cenário de ascensão da ideologia neoliberal. Qual é a visão da administração pública contida nos conceitos da NGP? Quais são seus objetivos e prioridades? Qual a inserção das OSS dentro deste contexto gerencialista da gestão pública? Faz-se aqui um esclarecimento histórico-político e teórico-conceitual que orientará a presente pesquisa.

2. Contextualizar institucionalmente o SUS, a SMS-Rio e as Organizações Sociais dentro da política pública de saúde no âmbito municipal do Rio de Janeiro, estabelecendo o papel de tais estruturas administrativas no planejamento, implementação, monitoramento, avaliação e fiscalização desta política. Desta forma, pretende-se responder a seguinte pergunta: como se estrutura institucionalmente – ou seja, abarcando-se o conjunto de normas pertencentes ao aparato constitucional e legal pátrio e a estrutura de gestão da SMS-Rio – a política pública de saúde? Como são realizados os repasses de verbas do SUS entre as distintas esferas de governo? Como se opera o financiamento do SUS no caso carioca? Pretende-se aqui introduzir o contexto específico onde se insere o objeto da pesquisa.

3. Utilizando-se dos resultados da investigação acerca da gestão gerencial de uma clínica da família, localizada na zona norte do município do Rio de Janeiro, buscar-se-á identificar as vantagens e desvantagens do modelo.

4. O presente trabalho procurará também, ao final, indicar possíveis problemas de pesquisa dentro da linha temática da gestão gerencial de políticas públicas de saúde.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Uma política pública pode se qualificar como um arranjo institucional mediante a inserção de normas no mundo jurídico e que, assim, lhes confere caráter oficial, indo desde a assinatura de um contrato de concessão até a inclusão de um dispositivo na lei de orçamento (BUCCI, 2013). A forma organizacional das Oss e a figura jurídica dos contratos de gestão localizam-se como sendo pertencentes um modelo de gestão em saúde e, portanto, pode ser caracterizado como tendo um caráter instrumental, inserido na execução da política pública de saúde, produzindo efeitos favoráveis ou desfavoráveis no que se refere ao cumprimento de seus fins. O seu atributo principal se refere à introdução de um regime jurídico de direito privado e, desta forma, a ocorrência de uma maior flexibilização nas contratações de profissionais de saúde e nas compras públicas.

O instrumento jurídico denominado por “contrato de gestão”, firmado entre a administração pública e as OSS, determina as regras formais que deverão ser observadas pelas partes envolvidas. Levando-se em consideração tal contrato e seus atributos, torna-se pertinente inquirir se os mecanismos de controle e regras se coadunam com efetividade às políticas de saúde no que se refere a sua execução e expressão das suas diretrizes.

Para mostrar a presença e os impactos do modelo gerencial na execução das políticas públicas voltadas para a saúde pública municipal do Rio de Janeiro, o presente trabalho utilizou a pesquisa de caráter qualitativo e exploratório. Segundo Vergara (2007), nos campos onde há pouco conhecimento sistematizado, cabe uma investigação exploratória. A investigação exploratória também objetiva proporcionar maior familiaridade com o problema, tentando torná-lo mais explícito.

Para fins de investigação dos impactos do gerencialismo sobre a gestão de uma clínica da família da zona norte do Rio de Janeiro, recorreu-se aos métodos de coleta e análise de dados a seguir: (1) a análise documental, realizada com base nas fontes de dados secundários existentes nos documentos públicos referentes à “função saúde” do MRJ bem como no sistema EGPWEB, do Escritório de Gerenciamento de Projetos da Secretaria Municipal de Fazenda e Planejamento (EGP-Rio/SMFP); e (2) o estudo de caso ampliado, realizado em uma Clínica da Família da zona norte da cidade do Rio de Janeiro, mediante a realização de observação simples, realizada diretamente, sobre os eventos que envolvam a gestão do trabalho dos profissionais de saúde.

Optou-se pelo método do estudo de caso uma vez que é objetivo deste estudo investigar um fenômeno atual dos mecanismos gerenciais dentro do seu contexto de realidade dos interesses em disputa. O estudo de caso caracteriza-se por ser “circunscrito a uma ou poucas unidades, entendidas essas como pessoa, família, produto, empresa, órgão público (...). Tem caráter de profundidade e detalhamento. Pode ou não ser realizado no campo” (VERGARA, 2007, p.49).

Dentro do método do estudo de caso, utilizou-se como técnica de coleta de dados, o emprego da observação simples, realizada de forma direta. Tal técnica, de acordo com Lakatos e Marconi (2002, p.91) consiste naquela que é “realizada por um pesquisador”. Uma característica desta técnica, segundo tais autores, é a intensificação do caráter objetivo das informações coletadas no campo, além da capacidade de distinguir claramente nas anotações de pesquisa o que compreende no registro de um fato e o que é uma interpretação do pesquisador.

Inicialmente, buscou-se abordar os aspectos teóricos que caracterizam o caso brasileiro de sistema público de saúde, sob o “guarda-chuva” do denominado “Sistema Único de Saúde” (SUS). Foram considerados os mecanismos gerenciais adotados na gestão das Organizações Sociais para a mitigação dos efeitos da fragmentação institucional e composição do controle para fins de consecução dos objetivos estabelecidos para a saúde pelo ente municipal carioca. Tal controle ganha forma quando executado pela SMS-Rio para o alcance das diretrizes, objetivos e metas estabelecidas no âmbito das políticas públicas de saúde pela Prefeitura do MRJ.

Para fins de organização da exposição do caso do gerencialismo na gestão da política municipal de atenção primária em saúde do Rio de Janeiro, considerou-se como lócus da análise uma clínica da família carioca.

Este trabalho considerou os aspectos de mudanças institucionais, que caracterizaram a contrarreforma gerencial, promovidas pela União e pelo ente municipal carioca, e suas repercussões geradas no âmbito da gestão de uma clínica da família situada na zona norte do município do Rio de Janeiro. Portanto, não se abordou os aspectos de controle institucional executados por estruturas ou agentes que não se encontram no âmbito da estrutura organizacional da SMS-Rio. Assim, todas as atividades de controle exercidas por órgãos de controle, tanto o interno (a cargo da Controladoria Geral do Município do Rio de Janeiro) quanto o externo (de responsabilidade do Tribunal de Contas do MRJ e Câmara de Vereadores do Município do Rio de Janeiro), além do controle social promovido por entidades da sociedade civil organizada, não serão contemplados no presente estudo.

O aspecto da chamada “institucionalização da política pública”, abordada nesta dissertação, explicita as questões “formais ou informais, da existência da política, relacionados a capacidades organizacionais, normatização, padrões, procedimentos, competências e recursos que possibilitam o alcance dos objetivos e resultados da política pública” (TCU, 2014, p.43). Assim, procurou-se realizar uma análise histórica das políticas públicas de saúde e a organização do sistema de saúde brasileiro, adentrando-se ao caso específico da saúde pública municipal do Rio de Janeiro, objeto da presente pesquisa, adotando-se a perspectiva das mudanças institucionais produzidas desde a macro até a micropolítica, representada pela dimensão do trabalho, apresentando detalhadamente o movimento histórico de construção das narrativas em disputa no jogo político: de um lado, a defesa da saúde pública, universal, gratuita e integral do SUS e, do outro lado, a visão neoliberal e, portanto, com um viés privatista da saúde.

O gerencialismo enseja uma mudança de um conjunto de práticas e políticas no âmbito do aparelho estatal, permeadas por valores dos sujeitos que a executam e pela cultura organizacional de um órgão ou entidade pertencente a determinado ente federativo, uma vez que “cada organização cria sua própria cultura com seus próprios tabus, usos e costumes” (KAHN & KATZ, 1972, p.85). Isso torna o funcionamento do modelo de gestão algo complexo, multifacetado e com características muito específicas, a depender tanto destes aspectos internos quanto de variáveis externas intervenientes, relacionadas ao contexto sociopolítico e institucional.

Adicionalmente, a presente pesquisa realizará também uma prévia revisão da literatura científica produzida no Brasil na temática da saúde pública no que tange ao histórico dos movimentos políticos que ensejaram a constituição e normatização do SUS e os que militaram por sua “reforma”, fundamentando os conceitos teóricos do assim chamado “gerencialismo”.

3.1. Limitações do método do estudo de caso.

Ressalta-se o fato de que um estudo de caso é pontual, e, portanto, analisa e expõe fatos em um determinado contexto histórico e político e, portanto, considerará o período que abarque o início da execução do Plano Estratégico (2021-2024), em agosto de 2021, até julho de 2023.

Adicionalmente, como optou-se pela técnica de coleta de dados da observação simples para a realização do estudo de caso, a limitação, de acordo com Lakatos e Marconi (2002), compreende na maior restrição em se realizar controles que mitiguem as interferências e distorções decorrente da projeção da personalidade do pesquisador sobre o fenômeno observado.

4. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO.

Sabe-se que o modelo intitucional do SUS constitui em uma base unificada que dá um direcionamento tanto no que se refere ao volume dos recursos públicos que deverão ser empregados em cada ação de saúde quanto à forma organizativa da estrutura que é necessária para a produção das políticas públicas de saúde. Isto ocorre uma vez que ela estabelece os objetivos que o Poder Público como um todo precisa alcançar, bem como busca propiciar os meios para a sua consecução por meio do estabelecimento das fontes de recursos e os critérios objetivos de distribuição destas verbas.

Antes de realizar a análise do modelo de saúde municipal do Rio de Janeiro, faz-se necessário situá-lo dentro da realidade nacional e de uma concepção de modelo de saúde adotado, uma vez que o SUS funciona como uma rede intrincada de financiamento e controle entre os entes federativos.

Para tal, buscou-se explorar a estrutura do SUS, bem como relacioná-lo com o modelo federalista brasileiro. A finalidade buscada é de entender como funciona o sistema financiamento e controle do SUS e como isto ocorre especificamente no que se refere à relação entre a União, o ente estadual e a gestão municipal de saúde executada no âmbito da cidade do Rio de Janeiro.

4.1. O SUS Constitucional e Legal.

Apesar de o sistema capitalista ser um sistema presente ao redor do globo, este possui particularidades no que se refere a sua consolidação em cada região. No caso brasileiro, verifica-se uma grande desigualdade social, o que gera diferenças marcantes entre as classes. As classes mais pobres submetem-se a moradias insalubres e a condições de trabalho precarizadas, informais, marcadas de intermitência da jornada e pela dificuldade de acesso contínuo ao sistema de proteção social, como as políticas assistenciais (MATOS, 2021). Tais condições fazem com que tais estratos da população se encontrem em uma situação de luta pela sobrevivência diária e leva, muitas vezes, a momentos de fome.

Diante da pandemia da Covid-19, iniciada em março de 2020, apesar do fato de que o vírus não identifique a classe social, ao infectar os organismos humanos, a classe trabalhadora,

especialmente a categoria dos profissionais de saúde, corresponde ao setor mais atingido, segundo Harvey (2020). De acordo com Matos (2021), este setor da população, juntamente com os trabalhadores informais e os demais trabalhadores formais de baixa renda, de perfil majoritariamente feminino, jovem e negro/a, não podem realizar seus trabalhos remotamente e acaba, assim, por frequentar locais de aglomeração onde a probabilidade de haver exposição ao vírus Sars-Cov-2 é maior. São estes os casos dos vigias, ambulantes, motoristas de aplicativos, faxineiros, flanelinhas, prestadores de serviços domésticos, dentre outras ocupações. Desta forma, Harvey (2020) defende que a Covid-19 revela uma reunião de atributos que permitem qualifica-la como uma pandemia de classe, de gênero e raça.

Esses trabalhadores, para Matos (2021), executam suas atribuições sem quaisquer garantia em termos de acesso aos direitos trabalhistas, e, sendo assim, os rendimentos para a subsistência destas pessoas dependem diretamente da execução dos seus serviços. No entanto, para que sejam capazes disto, eles precisam estar saudáveis. Segundo a autora, os que possuem trabalhos formais são incluídos neste conjunto pelo fato de se submeterem também a tais circunstâncias de pressão por conta da reforma trabalhista, a qual aumentou o poder do patronato e, assim, a prática de assédio moral sobre os empregados.

Considerando-se este quadro de alastramento do vírus e a caracterização de uma pandemia, os sistemas de saúde ao redor do mundo foram surpreendidos. Para Harvey (2020), após cerca de 40 anos de investidas neoliberais sobre a saúde pública, que promoveram o seu desfinanciamento e, conseqüentemente, o seu sucateamento para dar lugar a uma política de austeridade que permitisse a redução de impostos e a concessão de subsídios, o resultado foi o total despreparo dos Estados para lidar com uma crise sanitária de grandes proporções. No caso do Brasil, ainda que o país disponha de um sistema de saúde unificado, universal, com grande capilaridade dentro do território nacional - o Sistema Único de Saúde (SUS), não foi possível alcançar um desempenho minimamente satisfatório ou aceitável.

O SUS, como resultado de uma série de lutas sociais e sindicais em prol da garantia de direitos sociais (NOGUEIRA & MIOTO, 2006), instituído na Constituição Federal de 1988, caracteriza-se por um sistema que visa a prover a assistência à saúde, de maneira integral, universal, igualitária e gratuita aos brasileiros. Segundo Maurílio de Matos (2021), uma das maiores ilusões é a crença de que é possível viver em um país sem um sistema público de saúde. Para ele, a própria pandemia da Covid-19 comprova a necessidade e importância do SUS tendo em vista a urgência de resposta cobrada pela sociedade ao poder público quanto a medidas de controle desta doença.

O SUS, de acordo com Viana *et al* (2001), fundou um molde novo de prestação de serviços públicos de saúde, em nível nacional, trazendo ferramentas de gestão e técnicas inovadoras, além de colocar elementos de gestão democrática. Em sua arquitetura inicial, o SUS objetivava abarcar os subsistemas de saúde e assistência aos campos médicos da prevenção e da cura, juntamente com os serviços público e privado, sob o regime de contrato ou convênio, formando um sistema unificado e de cobertura em todo o país, com acesso ao alcance de todos e de forma igualitária.

Após a vitória dos movimentos sociais e sindicais na promulgação da Carta Magna de 1988, o processo subsequente de elaboração da legislação complementar, que estabeleceu regulamentos e instituiu o sistema nacional de saúde, segundo Nogueira e Miotto (2009), teve como destaque a ocorrência de embates e discussões exaustivas em que foram manifestadas defesas opostas por parte de diversos agentes e grupos pertencentes ao setor de saúde. O antagonismo se deu nos fundamentos do sistema, como a universalidade, equidade, integralidade, bem como na participação social e a obrigação estatal na sua manutenção. Tais embates, segundo as autoras, refletiram-se também na concepção de “modelos assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde, que foi a base do processo de proposição do próprio SUS” (NOGUEIRA & MIOTO, 2006, p.218).

Nessa base de concepção do SUS, a definição do que venha a ser uma doença ou os parâmetros do que seja considerada uma pessoa saudável não são estáticas, mas mudam a todo instante. Desta forma, ocorre, por meio da adoção deste viés de dinamicidade da doença e da saúde, uma superação do paradigma mecanicista o qual se fundamenta “unicamente na interação mecânica de partes do organismo humano” (NOGUEIRA & MIOTO, 2006, p.228). Reconhece-se, assim, de acordo com as autoras, a existência de outros fatores intervenientes nos processos de saúde-doença, como a cultura, as relações sociais e econômicas e as condições de vida e existência.

Adicionalmente, entende-se, desta forma, a saúde como sendo um processo, dinâmico, onde, segundo Marcondes (2004), a interação contínua e instável entre vetores de ataque e de defesa, localizadas tanto externamente como internamente ao corpo, desequilibra e provoca novas adaptações de forma incessante. Assim, para o autor, busca-se elencar como prioridade a qualidade de vida em contraposição à mera ausência de doença, sendo, portanto, a promoção da saúde uma iniciativa que busca antagonizar e se posicionar de forma crítica à ideia de se medicalizar a vida, introduzindo uma defesa política em torno da busca de uma maior equidade social.

Quanto à estruturação do SUS, a manutenção dos seus serviços é assegurada pelo recolhimento de impostos provenientes dos três entes federativos; promove-se uma gestão descentralizada a fim de viabilizar a municipalização e o comando único em cada ente do Poder Público; incentiva-se a participação da população pela via do controle social, propiciada por meio das conferências e dos conselhos de saúde; estabelece-se uma hierarquia dos serviços, ressaltando-se o viés preventivo e atribuindo destaque ao serviço público, cabendo ao ente privado uma atuação de complementariedade ao SUS (MATOS, 2021). Segundo a Constituição Federal de 1988, o seu artigo 198 dispõe que:

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: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1988, p. 81).

O artigo 198 da Constituição Brasileira (1988, p. 81), complementado pela Lei 8080, ressalta a diretriz do atendimento integral como mais um aspecto de direcionamento para a concretização do direito à saúde. A integralidade tem como fundamento a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, o que viabiliza a participação de diversos profissionais em atividades conjuntas colaborativas para a saúde da população, não ficando adstrito às profissões biomédicas as quais caracterizam o dito “modelo biomédico” (NOGUEIRA & MIOTO, 2006).

No âmbito da Política Nacional de promoção da saúde, para que possa ter efetividade e eficácia na promoção de uma melhor qualidade de vida, é necessária, além da remodelagem do conceito de saúde, a contemplação de um entendimento em prol da intersetorialização da saúde com as demais políticas sociais (CAMPOS *ET AL*, 2004).

Sobre a concepção da intersetorialidade, Junqueira (1997) defende que esta constitui como sendo uma nova maneira de exercer um governo, de realizar uma atividade laboral e de desenhar políticas públicas, o qual visa a suplantando tanto a lógica da aquisição de conhecimentos especializados, concebidos de forma fractal, desconexa, como também os silos setoriais existentes nas instituições.

De acordo com o referido autor, a promoção, na formatação das políticas públicas, de uma articulação entre integrantes provenientes de diversos setores da sociedade, e, como resultante dessa interação, a integração de diferentes campos do conhecimento e do saber faz com que seja possível gerar resultados mais impactantes nas condições de vida da sociedade. Isto ocorre pelo fato de se produzir uma compreensão holística dos problemas, que são de alta complexidade, de origens multifatoriais, que afetam a saúde da população.

Em relação à descentralização, referida no inciso II do artigo 198 supracitado, esta é colocada no sentido administrativo, considerando-se o arcabouço constitucional-legal que estrutura a federação brasileira, e que, portanto, distribui as responsabilidades e os recursos entre as diferentes esferas governamentais. A própria arquitetura do SUS, segundo Viana *et al* (2001), corresponde à implantação de um federalismo cooperativo, uma vez que este se caracteriza por um conjunto de iniciativas distintas, proveniente de diferentes entes federativos onde a estratégia de regionalizar a gestão do serviço tem como propósito otimizar a aplicação das verbas de financiamento. Desta forma, os autores apontam que as relações entre esferas de governo, que envolvem a gestão, a destinação e aplicação de recursos e a política, precisam ser colaborativas.

A descentralização, sob uma perspectiva progressista, implica transferir competências com vistas à democratização da administração pública e dos partidos, podendo contribuir para o desenvolvimento de modelos econômicos socialmente mais justos, pela mudança das relações entre Estado e Sociedade. A descentralização é, aqui, uma estratégia para reestruturar o aparato estatal, não com o objetivo de que, reduzido, ganhe agilidade e eficiência, mas para aumentar a eficácia das ações das políticas sociais pelo deslocamento, para esferas periféricas, de competências e de poder de decisão sobre as políticas (JUNQUEIRA E OUTROS, 1997, p.9).

A descentralização, como forma de possibilidade de resolução das questões sociais, conforme Junqueira *et al* (1997), presume que a realização do deslocamento do poder aconteça na dimensão de uma mudança de caráter político-administrativo onde a população passe a acessar e a influenciar as tomadas de decisões e, assim, comecem a contemplar as demandas da sociedade. Assim, a descentralização pode viabilizar uma maior eficácia da participação social, assegurando-se, portanto, a efetivação mais ampla da cidadania e dos direitos sociais. Adicionalmente, de acordo com estes autores, como ocorre um deslocamento de poder com a descentralização, alguns atores perderam poderes para os quais se prepararam e se qualificaram para poder exercê-lo.

Esta distribuição do poder reflete também uma decisão de caráter político, chamada de “político-administrativa ou territorial, porque não se refere apenas à transferência de atribuição de decisão para outro órgão, como também envolve uma dimensão geográfica ou espacial” (JUNQUEIRA ET AL, 1997, p.13). Aponta-se também, de acordo com tais autores, que a concessão de poder por conta da descentralização funda zonas de negociação, possibilitando maior flexibilidade estatal para a efetivação do controle social e maior prontidão para a resolução de pleitos da sociedade.

Já a dimensão do controle social, que envolve a participação efetiva da população nas ações e decisões governamentais, constitui no inciso III do artigo 198 supracitado. O ordenamento jurídico pátrio prevê a inclusão da comunidade, sendo tal uma das principais engrenagens que organizam o SUS. Tal princípio constitui em um aspecto essencial na estruturação do setor público brasileiro a partir de um Brasil redemocratizado, uma vez que se considera uma forma de combater ou prevenir práticas clientelistas, sendo tais usuais no âmbito da cultura política do Brasil (NOGUEIRA & MIOTO, 2006).

Já no que se refere ao modelo proposto na implementação do SUS para fins de organização da atenção da saúde, foi escolhido, de acordo com o IPEA (2021), o da Atenção Primária à Saúde (APS). A APS caracteriza-se por ser o principal e preferencial acesso da população à rede regionalizada, com o enfoque voltado para a atenção às pessoas ao invés da doença, disponibilizando os serviços perto das residências dos usuários. Assim, para o referido instituto, o modelo modifica o enfoque concentrado no atendimento hospitalar para uma maior descentralização onde a Estratégia de Saúde da Família (ESF) transforma-se na prioridade de APS a ser fomentada pela União em parceria com entes subnacionais. Segundo o autor, a atenção primária é capaz de dirimir 80% dos problemas de saúde de uma comunidade.

Com isto, houve, de acordo com o IPEA (2021), um crescimento rápido da cobertura em atenção básica no Brasil, fundada na formação de equipes de saúde da família, constituída por uma multiplicidade de profissionais de saúde.

4.2. Conclusões Do Capítulo.

O modelo brasileiro, no que se refere à política de saúde, caracteriza-se na universalização do acesso aos serviços, baseando-se, assim, por uma concepção ampla da noção de justiça social. Assim, o Estado deve financiar e produzir diretamente a prestação de serviços de saúde de forma gratuita a toda população. No entanto, isso não elimina a focalização de determinadas políticas para atender a demandas de determinados grupos como, por exemplo, a política de saúde da mulher.

Adicionalmente, em que pese haver um quadro atual de frustração em relação à descentralização das políticas sociais, notadamente os setores de saúde e educação, que é irmã siamesa do processo de ajuste fiscal brasileiro, com o endereçamento dado em termos de soluções para a crise financeira enfrentada pelos governos subnacionais, a situação do MRJ se

mostra diferente do quadro geral dos municípios brasileiros. O MRJ reúne boa parte dos recursos de manutenção das ações e serviços públicos de saúde sendo provenientes do próprio tesouro municipal (cerca de 2/3). Assim, pode-se concluir que esta menor dependência de transferências federais e estaduais (apenas 1/3 do orçamento municipal) para o financiamento da saúde acaba por conferir à SMS-Rio, titular da gestão SUS no MRJ, uma autonomia relativa maior no gerenciamento e aplicação dos recursos públicos, o que faz com que ocorra uma descentralização de maior magnitude no caso específico do MRJ.

Outro fator que cabe ressaltar para esta autonomia deve-se a existência de uma rede de hospitais e institutos federais e estaduais de saúde próprios, sendo tais supridores de parte da demanda por atendimentos médico-hospitalares da população carioca e, como toda estrutura hospitalar, consumidora de vultosos recursos destinados à saúde por tais entes federativos.

É claro que tal descentralização não dependeu de uma política realizada pelo governo federal ou estadual, mas sim das condições econômicas do MRJ em relação aos demais municípios brasileiros e das condições históricas atreladas ao fato de abrigar a antiga capital da República.

5. AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO NEOLIBERAL.

Neste capítulo, buscou-se analisar a política pública de saúde brasileira, juntamente com a evolução histórica das formas de organização da estrutura de prestação dos serviços públicos de saúde.

5.1. A contrarreforma neoliberal do aparelho de Estado e seus impactos na saúde pública.

5.1.1. Anos 80 e 90: a contrarreforma do aparelho de Estado brasileiro e o modelo de gestão gerencial.

Já é conhecido pelos estudos das ciências sociais sobre a grande habilidade das frações da grande burguesia brasileira, ao longo do curso temporal da história, de conduzir os processos de mudança para preservar sua esfera de poder. Como os processos de mudanças no Brasil envolvem forças poderosas conservadoras, do *status quo*, as transformações acabam por ser sempre negociadas. Tais transições envolvem, invariavelmente, o Estado.

Entende-se aqui a concepção de Estado baseado na teoria chamada de “materialista-histórica” com a inclusão da abordagem do marxismo estruturalista de Althusser, a teoria da hegemonia de Gramsci e os escritos de Poulantzas que retratam o Estado e sua relação com configuração estrutural das classes de forma mais “complexa e mediatizada” (HIRSCH, 2017, p.3). Busca-se, assim, fundamentar a caracterização do Estado como uma manifestação de uma forma social específica a qual incorpora as relações que constituem a formação do poder e a exploração do trabalho dentro do modo de produção capitalista (HIRSCH, 2017). Portanto, o Estado não é encarado somente como um aparelho repressivo no âmbito das lutas de classes, disciplinando coercitivamente a classe trabalhadora, mas também abarca a seara da dominação ideológica, sendo pertencente às relações sociais representantes da hegemonia a qual orienta a reflexão e da atuação concreta dos indivíduos (HIRSCH, 2017).

Para Poulantzas (2019, p.46), “o Estado possui a função particular de constituir o fator de coesão dos níveis de uma formação social”. Assim, segundo o autor, ele é responsável pela condensação material das contradições destes níveis, mantendo, assim, as relações de produção

do modo de produção capitalista. Com isto, as instituições estatais acabam por desempenhar um papel central de força motriz da reprodução e acumulação do capital.

Desta forma, abstrai-se que uma das funções estatais seja a de garantir a ordem, evitando “a deflagração do conflito político de classe” (POULANTZAS, 2019, p.50). O impedimento pelo Estado da irrupção deflagrada das lutas de classes, imersas no interior da sociedade civil, repousa no próprio discurso construído de que há uma união de todos como sendo um “povo-nação”. Isso gera o mito de que essa suposta igualdade de todos, estando na qualidade de pertencentes a um povo, corresponda à constituição de sujeitos isonômicos em termos de fruição dos direitos.

A produção de crises e confrontos são aspectos nevrálgicos que integram a dinâmica sistêmica do capitalismo. Diante disto, o Estado brasileiro, na qualidade de constituinte das relações sociais da produção capitalística, manifesta a sua harmonia com os processos históricos de transformação dos padrões de reprodução e acumulação do capital pela conciliação entre as frações da classe dominante que representam o “velho” e as frações que representam o “novo” dentro da dinâmica das mudanças do sistema.

As alianças conciliatórias estabelecidas pelo topo da estrutura de classes, que procuraram alijar de todas as formas a participação social das decisões nacionais relevantes, não figuram como exceções na trajetória política brasileira, mas consistiu em uma condição para garantir o “progresso” conservador, sem rupturas, contemplando os mais diversos processos, desde os de natureza político-institucional até os referentes às mudanças no padrão de acumulação do capital, caracterizando, assim, o “progresso modernizante” do Brasil.

Tal processo de “modernização” do Estado embute, no próprio sentido da palavra, uma carga de valorização como sendo algo bom para todos. No entanto, “modernização” não é uma narrativa uníssona e benéfica a todos os setores da sociedade: este processo implica em decisões que vão prejudicar uns e beneficiar outros. O que se pretende discutir aqui é que a dita “reforma do aparelho de Estado” é uma reforma do Estado burguês e que, portanto, destrói uma perspectiva de construção de um Estado dentro de uma perspectiva mais social. A introdução do gerencialismo dissemina a construção de um modelo de gestão com vistas a tornar a máquina administrativa menos onerosa e com maior celeridade e flexibilidade para atender ao regime de produção sob a dominância do capital financeiro (SILVA, 2016), ao invés de aperfeiçoar as formas de atender melhor o povo. Assim, adotou-se, nesta pesquisa, o termo “contrarreforma” para se referir à reforma de caráter gerencial promovida na administração do aparelho de Estado.

Segundo Souza Filho (2006), no Brasil, o que ocorreu, como expressão da conciliação entre o “velho” e o “novo”, foi a conjunção de uma administração burocrática nos centros decisórios da gestão pública e a implementação da administração gerencial na periferia administrativa o qual possibilita o avanço do patrimonialismo. Segundo João Paulo Vieira (2016), a fragilidade dos controles internos apontada em sua pesquisa favorece a adoção de posturas patrimonialistas por parte de Organizações Sociais de Saúde na saúde pública do MRJ.

Desta forma, o assim chamado “processo modernizador” do país, ao contrário do ocorrido em outros paradigmas clássicos, não se configurou como uma ruptura com o “atraso”, mas como um longo processo contínuo, marcado pelo entrelaçamento entre o “arcaico” e o “moderno”, logrando constituir uma ordem social altamente desigual, na qual o elemento da continuidade tendeu a prevalecer sobre o da transformação.

Essa nova forma de compreensão da modernização brasileira como sendo o definidor de um padrão de desenvolvimento capitalista escolhido envolve a configuração do chamado bloco no poder num determinado período histórico (POULANTZAS, 1977). Segundo o autor, o poder político não somente é efetivado pelas classes dominantes por meio da coerção, mas também abarca o consentimento por manifestação de vontade dos subalternos, denominado como “hegemonia”.

A modernização da indústria nacional se deu pela via da adoção de um novo modelo de desenvolvimento liberal, implementado e consolidado ao longo dos dois mandatos do governo FHC (1995 – 2002). Tal modelo, denominado por Filgueiras & Gonçalves (2007) de “Modelo Liberal-Periférico” (MLP), uma vez que se deu pela integração passiva do Brasil na economia global, sendo realizado nos mesmos moldes da inserção dos demais países da periferia do sistema capitalista. O MLP, em substituição ao seu esgotado Modelo de Substituição de Importações (MSI), baseou-se na retórica de que “a estabilidade monetária, o equilíbrio fiscal, a redução do papel do Estado na atividade econômica e a competitividade internacional levariam o Brasil ao caminho da [dita] ‘modernização’” (PINTO & BALANCO, 2008).

Para se entender melhor de MLP, aplicado ao caso brasileiro, faz-se necessário entender a lógica do desenvolvimento do padrão de acumulação neoliberal. Para Dardot e Laval (2016), os princípios que integram o liberalismo clássico possuem como prerrogativa a existência da liberdade. No entanto, tal liberdade, segundo estes autores, consiste em uma afronta à autoridade estatal, uma vez que, como ela surgiria com base na competição concorrencial de mercado, acabando por colocar o Estado para uma posição horizontal e, portanto, dentro da esfera competitiva com entes privados. Esta narrativa neoliberal transcende o plano ideológico, caracterizando-se em um “sistema normativo que ampliou sua influência ao mundo inteiro,

estendendo a lógica do capital a todas as relações sociais e a todas as esferas da vida” (DARDOT & LAVAL, 2016, p.7).

Considerando-se o período da transição democrática, durante toda a década de 1980, e o início dos anos de 1990, de acordo com Eduardo Pinto (2010), não havia uma clareza acerca da supremacia de uma fração da classe dominante em relação às outras. Para o autor, havia grande competição de cunho político, econômico e ideológico entre tais segmentos cuja formação é composta por uma grande burguesia industrial – voltada à exploração do mercado interno e interessada em “reciclar” o antigo padrão de acumulação baseado no modelo de substituição de importações – e pelas frações burguesas comerciais e financeiras – defensoras de um novo padrão de acumulação lastrada na liberalização comercial e financeira e a consequente integração passiva do país no processo globalizante de descentralização das cadeias produtivas das multinacionais.

Conforme apontado por Poulantzas (1977, p.306), a “unidade política do bloco no poder sob a égide da classe ou fração hegemônica significa, assim, unidade do poder, em sua correspondência com os interesses específicos dessa classe ou fração”. Desta forma, o bloco no poder “reúne os interesses particulares de determinadas classes e frações das classes dominantes às quais unem e dirigem as classes restantes em torno de uma ideologia hegemônica, ou seja, que é fruto da ‘produção conflituosa do consenso’” (OLIVEIRA, 2006, p.266). Com isto, a vitória da retórica neoliberal das frações burguesas do segmento bancário-financeiro nacional e internacional – sendo, este último, intermediado pelos organismos “multilaterais” – significou um direcionamento das ações e decisões do governo FHC para a implantação das políticas subjacentes ao discurso liberalizante e estabilizador.

No entanto, a formação desta ampla aliança envolveu a formação de um bloco de apoio abrangente, sendo tal de natureza conservadora. As elites tradicionais, de padrão patrimonialista, se unem à burocracia “moderna”, movida pela ideologia neoliberal, para a formação de uma nova ordem administrativa brasileira a qual permeia o funcionamento do próprio aparelho de Estado (via gerencialismo e ajuste fiscal) e suas relações com o mercado (via privatizações e desregulações). Assim, forma-se uma “dominação constituída por frações senhoriais/oligáquicas e burguesas para conduzir o processo da expansão capitalista, que tem início no Império e se consolida na República Velha” (SOUZA FILHO, 2006, p.351).

Com o êxito neoliberal como proposta de desenvolvimento para o país, decorrente da grande competição de projetos no bloco no poder, no início do governo FHC, o plano Real reuniu então os apoios necessários para sua concretização (PINTO & BALANCO, 2008). Tal plano acabou por ser o responsável pela “consolidação do modelo neoliberal no Brasil”

(PINTO, 2010. P.240), caracterizando-se por ser, além de um plano econômico, para fins de estabilização de preços, um promotor da “abertura e na competitividade” a partir do controle da inflação e redução da atuação estatal (PINTO, 2010, p.241). Os anos FHC, por meio do Plano Real, “legaram um pacto com a burguesia que envolvia juros altos, liberdade de movimento dos capitais e contenção do gasto público” (SINGER, 2009, p.97).

A exacerbada intervenção estatal na economia e os déficits públicos passaram a ser percebidos como sendo causas que alimentavam o processo inflacionário e perpetuavam as mazelas sociais, segundo Pinto e Balanco (2008). Diante deste diagnóstico liberal das causas dos grandes problemas brasileiros enfrentados à época, o “remédio” a ser aplicado constituiu, além da abertura econômica, na adoção de uma agenda de privatizações de empresas estatais e de reformas administrativas que busquem a eficiência dos gastos públicos. Tais pautas assumiram o protagonismo no governo FHC cuja materialização se deu via execução do Plano Real.

Cabe ressaltar, de acordo com Pinto e Balanco (2008), da questão da dificuldade histórica de se construir uma hegemonia ampla nas economias periféricas deve-se ao poder político-econômico exercido pelas frações de classes dominantes externas que, em conjugação ao poder das frações agrárias nacionais, desarticula a estrutura interna. Assim, para eles, ainda que haja o enfraquecimento do poder destas frações de classe, por conta da intensa industrialização proporcionada pelo MSI, não foi possível a construção de uma hegemonia ampla, pois as oligarquias fundiárias preservaram seu poder político. A alternativa possível, de acordo com os autores, foi viabilizada pela construção de acordos entre estas frações dominantes a fim de promover estabilidade das condições para o aumento da superexploração do trabalho – via abatimento dos níveis salariais – decorrente da intensa concretização da industrialização baseada na substituição de importações no Brasil. Com a entrada do capital estrangeiro em investimentos na industrialização brasileira, ela foi incorporada à aliança de poder, caracterizando-se, desta forma, por grande heterogeneidade que impede a formação de uma hegemonia ampla (PINTO & BALANCO, 2008).

Com a emergência da relevância das instituições financeiras, intermediadas pelos organismos “multilaterais”, ou “supranacionais”, diante do contexto de reestruturação da dívida externa brasileira (Plano Brady) e do aumento das inovações financeiras, estabelece-se uma nova correlação de forças do bloco no poder, sob a hegemonia restrita da fração bancária-financeira, principalmente estrangeira, sobre as nações latino-americanas em geral (PINTO & BALANCO, 2008). Neste contexto, potencializa-se e configura-se o modelo neoliberal no Brasil, transformando profundamente as políticas econômicas, tendendo à maior ortodoxia, e

as estruturas industriais e institucionais brasileiras, que contou com o apoio dos mais diversos segmentos burgueses e das frações da classe dominante.

Diante do chamado “modelo liberal-periférico” (MLP), baseada na “liberalização, privatização e desregulamentação; subordinação e vulnerabilidade externa estrutural; dominância do capital financeiro (...)” (FILGUEIRAS & GONÇALVES, 2007 p.22), pode-se afirmar que foi adotado algumas das disposições estabelecidas pelo Consenso de Washington para a superação da crise da dívida pública que solapou as economias periféricas. Este consenso alinhou um conjunto de recomendações, elaboradas pelo FMI e o Banco Mundial, a serem perseguidas pelos Estados Nacionais, tais sejam: a abertura econômica, com a extinção das tarifas e restrições de importação e exportação de bens e serviços; a redução dos gastos governamentais, a privatização de empresas estatais e a desregulamentação (SOUZA, 2008).

A inauguração desta nova forma de reprodução de capital, segundo Filgueiras (2006), fez com que a representação do núcleo bancário-financeiro ocupasse a posição hegemônica no interior do bloco no poder. Os representantes do segmento do bloco da indústria foram incluídos de forma subalterna em relação à burguesia do setor financeiro nacional e estrangeiro. O grande capital financeiro internacional é representado pelos fundos de pensão, os fundos mútuos e as instituições financeiras globais, enquanto que o capital nacional é representado pelos bancos os quais somente se mantiveram por conta de suas condições competitivas ou em razão da aliança subalterna realizada aos interesses dos capitais externos (FILGUEIRAS, 2006).

Assim, dentro desta agenda reformista do governo FHC, dentro da seara administrativa do Estado, criou-se o MARE (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado) sendo nomeado o economista Luiz Carlos Bresser-Pereira como seu ministro. A sua função consistia na elaboração e implementação do chamado “PDRAE” (Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado). De acordo com a perspectiva contida neste plano, o estatuto da estabilidade no serviço público constitui em um atributo que garanta ao servidor a ocupação permanente do cargo público independentemente de haver pouca ou não haver contraprestação em termos de prestação de serviços públicos, motivo pelo qual o Estado lhe remunera.

Diante disto, a reforma administrativa agiu no sentido da realização de privatizações de empresas estatais, em tentativas de flexibilização do regime jurídico único e da estabilidade de servidores públicos e pela chamada “publicização” e “concessão” de serviços públicos. Estes dois últimos trouxeram pessoas jurídicas de direito privado para dentro do campo da prestação de serviços públicos cuja titularidade pertence ao Estado e é por ele custeado.

A publicização é reservada aos serviços considerados “não exclusivos ou competitivos de Estado”, onde não há prevalência do poder extroverso do Estado na atuação da administração

pública e, portanto, o serviço público é prestado *pari passu* com a esfera privada, como é o caso da saúde, da educação, da cultura, dentre outros. Ela consiste na transferência da propriedade estatal para a propriedade pública não estatal, que consistem nas OSs, mediante o estabelecimento de contratos de gestão entre a administração pública contratante e a entidade contratada (BRAVO *et al*, 2020).

O Estado brasileiro tem sido marcado por inúmeras mudanças no âmbito de sua administração bem como da legislação que direciona a sua atuação. A primeira reforma se deu, segundo Bresser-Pereira (2017), com a instalação da burocracia, considerada como definitiva por Max Weber. A segunda reforma seria a gerencial, segundo o autor, e cuja narrativa toma forma no interior do aparelho de Estado sob a denominada “administração gerencial, publicização dos serviços públicos e contratualização de resultados”.

A Nova Gestão Pública (NGP), ou gerencialismo, consiste em um modelo ideológico de um novo paradigma de gestão, decorrente da narrativa de modernização e “empresarização” dos serviços do Estado, com vistas a torna-lo menos dispendioso e com maior eficiência mediante o estabelecimento de parcerias público-privadas (PPPs), a promoção da concorrência com o setor privado e dentro do setor público e a realização de privatizações, terceirizações e a gerencialização da administração pública (KISSLER & HEIDEMANN, 2006). A gerencialização é “um processo de estabelecimento de autoridade gerencial sobre recursos corporativos (materiais, humanos ou simbólicos) e tomada de decisão corporativa” (NEWMAN & CLARK, 2012, p.359).

Na visão de Newman e Clark (2012), este novo modelo gerencial visa a “transformar as entediantes burocracias profissionais de bem-estar social em organizações modernas”, sendo que a eficiência torna-se o valor mais importante, preterindo-se, desta forma, os restantes. Com isto, valores ligados à integração nacional ou à universalização de determinado serviço são preteridos tendo em vista que comprometem a eficiência.

Para Newman e Clark (2012), a NGP busca introduzir a lógica dos negócios, característica da gestão privada, para dentro da administração pública. Isto ocorre por meio da transformação da visão em relação ao Estado de um garantidor de direitos para um mero prestador de serviços, onde os cidadãos passam a ser considerados “clientes” ou “consumidores” dos bens e serviços por ele produzidos.

Por meio de “uma aparência objetiva, operatória e pragmática, a gestão gerencialista é uma ideologia que traduz as atividades humanas em indicadores de desempenhos (...)” (GAULEJAC, 2007, p.36). Desta maneira, “elas legitimam um pensamento objetivista, utilitarista, funcionalista e positivista. Constroem uma representação do humano como um

recurso a serviço da empresa, contribuindo, assim, para sua instrumentalização” (GAULEJAC, 2007, p. 36-37). Tal modelo de gestão aplicada na avaliação de políticas públicas acaba por ser ainda mais problemática, uma vez que não é possível aferir todos os benefícios, diretos e indiretos, produzidos pela política para a sociedade. Além disto, existem as limitações contidas na racionalidade instrumental no que tange a busca por resolução de problemas sociais – que, por si, são complexos – e como parâmetro único para a avaliação do desempenho de um funcionário público.

Dentro desta perspectiva gerencialista, de acordo com Newman e Clark (2012), prega-se uma suposta neutralidade política decorrente das considerações do que venha a ser uma “boa gestão”. Para eles, ocorre também uma centralidade dada ao gerencialismo à figura do gestor como sendo sinônimo de inovação na solução de problemas e superação de desafios, em contraste com o burocrata, sendo tal frequentemente associado a uma inoperância ou a uma morosidade no andamento dos processos e projetos da administração pública.

O gerencialismo criou a “contratualização de resultados”, firmado entre seus próprios órgãos e entidades, a fim de se promover sua integração à lógica gerencial privada competitiva que melhor atenda o cidadão-consumidor, produzindo, desta forma, “novas lógicas de governar que privilegiavam mais expansão tanto do poder corporativo como da autoridade gerencial na prestação de serviços públicos” (NEWMAN & CLARKE, 2012, p.357). De acordo com o anexo da Portaria 4.279/2010, a contratualização em saúde consiste em:

modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes. Esse processo deve resultar, ainda, na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos (BRASIL, 2010, p.89).

O modelo gerencial de contratualização de resultados autoriza a criação de parcerias com ONGs, sendo tais não lucrativas e voltadas ao atendimento do interesse social e, portanto, integrantes do que ele denomina por “esfera pública não estatal”, em setores não exclusivos ou competitivos de Estado, ou seja, onde o Estado não é o único prestador do serviço e onde sua atuação não deriva do exercício do poder de Estado (BRAVO *et al*, 2020). O que está em jogo é a propensão cada vez maior de transferência da gestão e do fundo público para a esfera privada, integrantes da propriedade pública não estatal, ou para instituições consideradas “estatais”, mas que se enquadram como pessoas jurídicas de direito privado. Desta forma, o fundo público passa a atender aos interesses financeiros de reprodução do capital (CORREIA, 2012).

Nestas áreas consideradas competitivas, o setor público concorre com o setor privado na prestação de serviços ao cidadão, sendo tal participação estatal fundamental para garantir o acesso universal e gratuito. Por não ser exclusivo de Estado, serviços como os de saúde e educação são exemplos de áreas onde a administração gerencial, a qual prima pela eficiência na aplicação dos recursos, deveria ser adotada, segundo o plano, no lugar da gestão burocrática, sendo esta mais focada nos processos.

Por meio das metas, objetivos e indicadores estabelecidos nos contratos de gestão, a administração pública controlaria o desempenho auferido pelas entidades contratadas. Assim, a gestão pública faria um controle finalístico, aferindo resultados obtidos e, com isto, conferindo às contratadas a tarefa de alocar eficientemente os recursos públicos para atingir fins delimitados pelo ente público contratante.

Como consequência deste novo modelo, verifica-se uma evidente fragmentação organizacional (RIBEIRO & ALCOFORADO, 2016), bem como do serviço público (BEVIR, 2010). Além disto, Ribeiro e Alcoforado (2016) observam o surgimento de problemas ligados à transparência por conta do surgimento de estruturas paraestatais, vinculadas ao Poder Público por meio de contratos de prestação de serviços públicos. Em decorrência deste processo, Bevir (2010) ressalta a multiplicação de redes políticas que ameaçam o controle estatal sobre tais serviços prestados.

As mudanças gerenciais promovidas pela abordagem da NGP manteve, segundo Ribeiro e Alcoforado (2016), o núcleo da burocracia weberiana e a combinou com um arranjo de estruturas verticais e horizontais, incentivando parcerias entre a esfera pública e privada. Tais autores avaliam que houve um nítido sucesso do modelo em termos de democratização e qualidade na prestação de serviços públicos. Pode-se indicar também a conquista de uma maior eficiência da máquina pública (KISSLER & HEIDEMANN, 2006).

Acerca dos motivos que ensejaram a contrarreforma gerencial no aparelho de Estado, evidencia-se, dentre outros que serão abordados mais adiante, reside a situação conflituosa decorrente das informações valorosas detidas pelos servidores públicos e o poder político dos mandatários. O fato que gera grande incômodo nos detentores de mandato eletivo consiste no fortalecimento da burocracia estatal promovida pela constituição federal de 1988 (CHIAVENATO, 2012). Esse novo arcabouço constitucional conferiu ingresso nas carreiras públicas mediante aprovação em concursos públicos – que prezem pelos princípios da impessoalidade e da isonomia -, e estabeleceu a estabilidade para os ocupantes de cargos efetivos (BRASIL, 1988).

Tal arcabouço institucional colaborou para a existência de certo nível de “insulamento

burocrático”, conforme definição prevista nos moldes burocráticos. A considerável incerteza inerente aos processos democráticos de definição de sucessões políticas e a alta incerteza política em si são apontados por Ribeiro e Alcoforado (2016) como sendo as razões para o predomínio da burocracia na condução das políticas e serviços públicos do país. A burocracia tende a assumir a tomada as decisões e a conduzir as ações administrativas diante das incertezas que predominam no âmbito político e que são previstas em uma democracia pujante.

A valorização estatal da burocracia gerou críticas por parte de alguns autores, como é o caso de Merton (1966), o qual elencou algumas disfunções em relação a este modelo de gestão, como, por exemplo, o excesso de formalismo e tecnicismo dos funcionários, com um apego demasiado aos procedimentos formais, comprometendo as finalidades organizacionais (MERTON, 1966). Adicionalmente, outra crítica que é encontrada na literatura refere-se à neoclássica a qual considera o modelo burocrático como um facilitador da apropriação do Estado por interesses tanto de servidores públicos quanto de organizações privadas (RIBEIRO & ALCOFORADO, 2016), estimulando o chamado “*rent-seeking*” (busca por rendas).

Na prática, o modelo gerencial resultou em uma redução de posições de trabalho dentro do aparelho estatal (KISSLER & HEIDEMANN, 2006), pela via da “flexibilização de procedimentos, [d]a separação entre formulação e implementação [das políticas públicas] e [d]a introdução de elementos de mercado na administração pública” (ANDREAZZI & BRAVO, 2014, p.500). Estes instrumentos gerenciais, os quais propiciaram a flexibilidade administrativa, viabilizaram, no Brasil, a associação da administração burocrática centralizada, orientada na direção neoliberal do ajuste das contas públicas pela via do enxugamento do tamanho do Estado, com a dinâmica patrimonialista tradicional a fim de se preservar a dominação lastreada na aliança de caráter conservador (SOUZA FILHO, 2006).

Uma das especificidades da administração gerencial brasileira, para Souza Filho (2006), se dá no fato de que a fidelidade agente e principal não mais se lastreia em aspectos tradicionais, mas na “centralização burocrática e difusão ideológica do pensamento único (...), portanto racional-legal, combinada com as estratégias de flexibilização gerencial que possibilitam (...) obter apoio de setores tradicionais” (SOUZA FILHO, 2006, p.344). Para o autor, o pensamento único envolve uma visão de mundo consolidada e pacificada sobre a forma de se gerir a máquina pública, o sistema econômico e as demandas sociais. Já as estratégias de flexibilização, segundo o autor, envolvem uma ação opressiva que se baseia em métodos respaldados na lei como, por exemplo, a liberação de emendas parlamentares e a distribuição de cargos em comissão.

Atrelado à ascensão do gerencialismo surge o conceito da governança pública o qual se inspirou, em termos de princípios e práticas, na governança corporativa, criada na década de 80, a partir dos escândalos financeiros provenientes das empresas do setor privado (CAVALCANTI & DE LUCA, 2013; BEVIR, 2010) e diante de um cenário interno de crise do endividamento público e de ascensão dos ideais neoliberais atrelados a uma menor intervenção do Estado e uma maior abertura de atuação do capital privado (FONTES, 2005). No entanto, na visão de Dardot e Laval (2016), este processo histórico de amadurecimento do pensamento neoliberal teve origem e foi gestado dentro dos Estados, os quais “introduziram e universalizaram na economia, na sociedade e até neles próprios a lógica da concorrência e o modelo de empresa” (2016, p.17).

Segundo Ribeiro e Alcoforado (2016), há uma convergência cada vez maior entre os mecanismos de governança e a Nova Gestão Pública (NGP), expressos pelos fundamentos da economia institucional e pela crítica ao modelo burocrático weberiano, buscando uma atenuação dos efeitos decorrentes deste último, como a rigidez hierárquica (BEVIR, 2010). Assim, busca-se priorizar, mediante uma visão horizontal das estruturas estatais em relação aos entes privados (DARDOT & LAVAL, 2016), a cooperação entre eles, destacando as organizações do setor privado e os arranjos de gestão descentralizada (PROENÇA JÚNIOR E OUTROS, 2009).

Já Newman e Clarke (2012) discorrem sobre a existência de um “Estado gerencial” buscando situar a NGP dentro de uma “formação cultural e um conjunto distinto de ideologias e práticas que formavam um dos sustentáculos do novo acordo político que vimos emergindo” (p.355). O novo acordo caracteriza-se por uma ruptura com o pacto político-econômico entre capital e trabalho, característico do estado de bem-estar social, e introduz formas modernas de relações de trabalho (NEWMAN & CLARKE, 2012), baseadas na sua precarização e desregulação, formando uma economia mista fornecimento e financiamento dos serviços públicos cuja retórica é o foco de uma nova gestão voltada ao atendimento das demandas do cidadão-consumidor (CLARKE *et al*, 2007).

O termo “cidadão-consumidor” resulta da hibridização da combinação entre o cidadão e o consumidor, sendo a base e justificativa do modelo de gestão gerencial dos serviços públicos. O cidadão, para Clarke *et al* (2007), é uma construção política de uma figura galgada na igualdade social, apresentada por um imaginário republicano de liberdade, igualdade e solidariedade e que é criado a partir da sua relação vertical com o Estado, onde obrigações mútuas são designadas.

Já o consumidor, na visão destes autores, é uma construção econômica de igualdade e liberdade que ocorre no âmbito das relações de mercado marcado pela seletividade de renda como único critério de inclusão e exclusão do consumo dos bens e serviços ofertados. Assim, o cidadão-consumidor é aquele que possui o poder de escolha de qual serviço público irá consumir com base na sua avaliação. Com base nestes conceitos, erigiu-se um conjunto de práticas gerencialistas, sendo tais aplicadas na saúde pública brasileira (BRAVO, 2009). A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro acaba por se caracterizar em um exemplo de aplicação do modelo gerencialista (ALCOFORADO, 2009).

A pauta da contrarreforma gerencial do Estado pode ser vista como uma frente de batalha da luta de classes a qual ocorre dentro do próprio aparelho estatal, travada entre os servidores públicos efetivos e os mandatários. As frações da classe dominante, sob a hegemonia da retórica neoliberal, elaboram planos para flexibilizar a forma de contratação dos trabalhadores do Estado, a fim de, em tese, alavancar a produtividade. O próprio fundamento do gerencialismo, de acordo com Newman e Clarke (2012), pressupõe a desvinculação de entidades e gestores dos controles governamentais a fim de que possam ser capazes de desenhar estratégias acomodatórias que venham a se adequar aos desafios impostos por situações sempre mutáveis. Tal conduta consubstanciou a dispersão do poder do estado, o qual ensejou sua reconstrução em novas bases de controle apoiadas sobre as organizações e os gestores. Tais controles consistiam “controles fiscais, regimes de desempenho, diretrizes políticas e um aparelho de auditoria e avaliação em expansão” (2012, p.363).

Diante deste cenário reformista do aparelho do Estado, os servidores, por sua vez, resistem a tais mudanças na busca por preservação de sua autonomia no exercício das funções públicas e no resguardo quanto a demissões arbitrárias, uma vez que as propostas de reforma administrativa possuem o caráter predominantemente fiscalista: visa-se o equilíbrio fiscal como parte de uma política de estabilização econômica e de combate à inflação. Tal retórica ancorada no equilíbrio orçamentário é típico do discurso neoliberal para a realização de cortes de gastos públicos, de acordo com Darot e Laval (2016). Portanto, o objetivo da reforma visa reduzir dispêndios da máquina estatal ainda que a consecução das políticas e serviços públicos seja comprometida.

Diante do alinhamento ideológico das classes dominantes integrantes do bloco no poder sob a égide da hegemonia da fração bancário-financeira, a gestão FHC criou, já em 1995, o MARE sob a titularidade do ministro Bresser-Pereira. No mesmo ano, lançou-se o PDRAE o qual dispôs sobre as bases da reforma do aparelho de Estado brasileiro.

De acordo com o PDRAE (1995):

a crise brasileira da última década foi também uma crise do Estado. Em razão do modelo de desenvolvimento que Governos anteriores adotaram, o Estado desviou-se de suas funções básicas para ampliar sua presença no setor produtivo, o que acarretou, além da gradual deterioração dos serviços públicos, a que recorre, em particular, a parcela menos favorecida da população, o agravamento da crise fiscal e, por conseqüência, da inflação.

Diante disto, o diagnóstico do plano para a inflação envolvia a ineficiência na alocação de recursos do Estado da prestação eficiente de serviços públicos para a atividade produtiva industrial de base dentro do tripé do antigo MSI, gerando serviços públicos precários e colaborando para o déficit público o qual contribui para o então quadro de crise inflacionária.

Na visão do PDRAE (1995), um Estado fortalecido é aquele eficaz na atuação reguladora dos mercados e na prestação de serviços públicos bem como na implantação de políticas sociais. Tal plano define que este norte consiste em um "desafio histórico" e explica que seu objetivo é construir uma administração pública em "bases modernas e racionais" (1995, p.6).

Diante de essa narrativa modernizadora para a administração pública, o plano não critica a administração burocrática por completo: pelo contrário, ele reconhece que houve avanços no que ele chama de "administração pública formal", onde os "princípios racional-burocráticos (...) se contrapunham ao patrimonialismo, ao clientelismo, ao nepotismo (...)" (PDRAE, 1995, p.6). Adicionalmente, para Chiavenato (2012), a burocracia tinha como um de seus atributos a previsibilidade de seu funcionamento, o que colabora para os fins de obtenção de eficiência nos processos organizacionais. No entanto, crítica a ineficiência e a lentidão deste tipo de gestão, o qual decorre, na sua visão, do enfoque ao controle dos processos ao invés de se preocupar com o alcance de resultados. Tal crítica constitui em uma das disfunções da burocracia, conforme trabalho de Robert K. Merton (1966), o qual expõe sobre o "apego aos regulamentos, o excesso de formalismo e de papelório". Assim, o modelo gerencial defendido pelo plano baseia-se no enfoque do controle sobre os resultados e ênfase na qualidade e produtividade através de uma administração descentralizada que atinja o cidadão.

Os diagnósticos e quadro teórico do plano foram utilizados para a fundamentação das propostas de emenda constitucional do poder executivo para as reformas administrativa e previdenciária. A primeira resultou na emenda constitucional nº 19, já a última resultou na lei que criou o "fator previdenciário" em 1997.

Na apresentação do plano, é defendido que, por meio de suas diretrizes, que resultaram em propostas de emenda à Constituição (PECs) a serem enviadas ao Congresso Nacional, busca-se preservar e assegurar aspectos já conquistados na constituição Federal, como a

estabilidade e a primazia do concurso público como critério para preenchimento dos cargos públicos de provimento efetivo e empregos públicos.

Na verdade, essa argumentação de defesa da burocracia se mostra falaciosa, pois a Emenda Constitucional 19/1988, enviada pelo executivo e promulgada pelo Congresso Nacional, reduzem direitos e garantias dispostas no texto constitucional mediante a flexibilização da estabilidade dos servidores públicos, mediante a inclusão de possibilidade de perda do cargo por insuficiência de desempenho.

O próprio plano coloca a discussão à época sobre o papel que o Estado deveria ter e o seu grau de intervenção que deveria ser exercido sobre a economia. Conforme sua disposição, o Estado deve deixar de ter a responsabilidade direta sobre o desenvolvimento econômico e social, passando para uma função adstrita a sua promoção e regulação. Mas por que o Estado deve deixar de ter essa função direta ligada ao desenvolvimento econômico e social?

Pois o Estado, na visão do plano, é, fundamentalmente, um agente transferidor de renda (função redistributiva), o qual somente se faz necessário dada existência de bens públicos e de economias externas que restringem as alocações do mercado. O papel estatal deveria se resumir à “garantia da ordem interna e da segurança externa, aos objetivos sociais de maior justiça ou igualdade, e aos objetivos econômicos de estabilização e desenvolvimento” (PDRAE, 1995, p.12). Tal perspectiva é perfeitamente aderente à visão neoclássica do Estado.

Diante deste contexto, o plano dá como diagnóstico para a desaceleração econômica a crise fiscal do Estado, expresso no seguinte trecho “a causa da desaceleração econômica nos países desenvolvidos e dos graves desequilíbrios na América Latina e no Leste Europeu era a crise do Estado, que não soubera processar de forma adequada a sobrecarga de demandas a ele dirigidas” (PDRAE, p.10). Diante disto, uma reforma administrativa se fazia necessária para conter desperdícios de recursos públicos, promover eficiência do gasto e o equilíbrio fiscal necessário para atrair confiança do capital privado sob o argumento de que os investimentos seriam promovidos, retomando-se o crescimento econômico.

Outro argumento utilizado pelo plano para o desequilíbrio fiscal do Estado reside na tendência de empresários e funcionários utilizarem o aparelho de Estado para a busca de benefícios para si próprios ou de vantagens extramercado por grupos privados “controladores” do ente público – o que compromete a competição e a produtividade – definindo-se, assim, o que se chama por *rent-seeking*.

Em resumo, a crise do Estado é colocado pelo plano como resultante das seguintes causas: 1) o problema fiscal ligado à perda de credibilidade do Estado e pela poupança pública negativa; 2) o esgotamento da estratégia intervencionista do Estado na economia via MSI e 3)

a forma já ultrapassada de administração pública burocrática, considerada engessada e ineficiente, voltada para controles internos de processos. Assim, neste último ponto, a sucessão deve ser promovida para uma gestão gerencial, considerada pelo plano como sendo “moderna” e “flexível”, voltada para resultados gerados ao cidadão mediante o fornecimento de serviços de maior qualidade, sendo, portanto, condizente com os requisitos para o alcance de maiores níveis de eficiência e de “governança”.

Diante deste quadro de um conjunto de causalidades definidas para o problema, o plano define as seguintes ações resolutivas: 1) a promoção de um ajuste fiscal estrutural e de longo prazo, 2) a promoção de reformas econômicas pró-mercado a fim de incentivar a concorrência, 3) a reforma previdenciária, 4) a introdução de inovações nas políticas sociais no sentido de buscar a sua ampliação e melhorar a qualidade de seus serviços e 5) a realização a reforma do aparelho de Estado que, por meio do MARE, deve criar uma ambiência propícia para que o governo possa ampliar a sua governança. Neste plano, a governança é entendida como “capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas” (PDRAE, 1995, p.11).

Para entender a reforma disposta no PDRAE, é preciso entender o que se pretende reformar. O plano (1995, p.12) se refere ao aparelho de Estado, sendo abarcado “pelo governo, isto é, pela cúpula dirigente nos Três Poderes, por um corpo de funcionários, e pela força militar”. Assim, ele focaliza a reforma na administração pública federal, sendo muitas de suas diretrizes aplicadas às esferas estaduais, distritais e municipais.

A reforma do aparelho de Estado envolve três eixos centrais: 1) à atividade produtiva do Estado, exercido pelas empresas estatais, deve a haver a privatização, passando a propriedade de estatal para a privada, e gerida pelo setor privado, uma vez que este seria mais eficiente na produção dos bens, 2) aos serviços exclusivos de Estado, que decorrem do exercício do Poder de Estado (onde o Poder Público age nesta qualidade, impondo restrições ou criando novas obrigações aos administrados, respaldados sob a égide do princípio da supremacia do interesse público sobre o privado), deve-se manter a estabilidade e a propriedade estatal, porém sob gestão indireta, não hierárquica, em relação ao ente central, assegurando-se assim autonomia da entidade executora e promovendo um controle finalístico (ou de resultados) por meio do firmamento de contratos de gestão e 3) aos serviços competitivos ou não-exclusivos de Estado, caracterizado pela produção de bens meritórios – os quais se caracterizam por bens que são produzidos também pela iniciativa privada, mas que o Estado deva fornecer gratuitamente a fim de garantir o seu acesso a todos os cidadãos e promover maior equidade social (função distributiva do Estado) –, deve ser exercido por funcionários não-estáveis, celetistas, regido predominantemente pelo regime jurídico de direito privado, podendo ser

gerido e prestado por organizações privadas sem fins lucrativos, assegurando-se, da mesma forma, uma autonomia do executor e promovendo um controle finalístico (ou de resultados) por meio do firmamento de contratos de gestão.

Já o denominado pelo plano como sendo “núcleo estratégico” do Estado seria preservado dentro do âmbito da propriedade pública estatal, sendo ocupado por servidores estáveis cuja justificativa reside na função de regulação, planejamento e coordenação da atuação estatal. Neste núcleo a gestão utilizada seria a burocrática, onde a prioridade se voltaria aos controles internos, ligados aos processos, pois é mais importante assegurar o andamento e a coordenação dos processos do que prezar por resultados, que estarão a cargo dos que executam as atividades exclusivas e não-exclusivas de Estado.

O molde proposto para a gestão dos serviços não exclusivos de Estado, onde sua prestação não deriva do exercício do Poder de Estado, consiste em uma figura então nova na administração pública. Segundo o plano (1995, p.13) “a descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado”. Tal processo é denominado por “publicização” da gestão pública. Diante desta maior flexibilidade de vínculos de trabalho e formas de gestão dentro do aparelho estatal, maiores níveis de eficiência e de “governança” seriam alcançados. Dentro deste modelo operaria também a administração pública gerencial.

Com a administração pública gerencial, segundo o PDRAE (1995), a gestão da “coisa pública” passa a se direcionar para o estabelecimento de objetivos a serem alcançados pelos servidores, para o foco na autonomia dos gestores na alocação dos recursos produtivos para fins de cumprimento dos objetivos acordados, e para o controle sobre os produtos e serviços entregues ao final do período estabelecido. No que se refere ao aspecto estrutural das organizações, incentiva-se descentralizar as atribuições e diminuir os níveis hierárquicos.

Desta forma, o modelo gerencial permite que a administração pública deva aderir a uma maior participação de entes privados, deslocando o foco do formalismo presente nos procedimentos (meios) para os produtos gerados em termos de benefícios aos chamados “cidadãos-clientes” (fins) (PDRAE, 1995).

5.1.2. Breve histórico das mudanças realizadas nas formas de organização da saúde pública brasileira no contexto das contrarreformas neoliberais.

No contexto dos países periféricos, a concentração de renda e precariedade do acesso aos meios mínimos de subsistência são características marcantes que afetam profundamente as condições de vida da população. No Brasil, este cenário não é diferente: apesar de possuir o décimo maior PIB do mundo, a desigualdade social, medida pelo índice de Gini, coloca o país em quinto lugar no ranking global. A concentração na formulação de políticas públicas torna-se extremamente relevante para os países periféricos em relação aos países centrais: por conta dos altos índices de pobreza e de concentração de renda, o atendimento por empresas privadas não ocorre para a maior parcela da população sem uma intervenção efetiva do Estado. Assim, o Poder Público destina seus esforços na presença massiva na atenção primária da saúde, subsidiando a manutenção dos outros níveis de atenção pela esfera privada (ANDREAZZI & BRAVO, 2014).

O início da transformação, para Maria Inês Bravo (2009), no que se refere à organização e formas de prestação dos serviços públicos de saúde a partir da década de 1960, com a ditadura militar. Segundo a autora, o Estado baseou sua intervenção na repressão e na expansão da assistência como forma de ampliar o poder de regulação social, amenizar as apreensões sociais e legitimar o regime, além de ser útil para a exploração da força de trabalho e, assim, colaborar para a acumulação de capital. No entanto, essa ampliação no que se refere ao segmento da saúde precisava incorporar atributos capitalistas decorrente das inovações tecnológicas existentes no exterior. A partir deste momento, com a reforma promovida em 1966, a saúde pública começa a decair e a medicina previdenciária, com foco na gestão e prestação privada de serviços de saúde, se desenvolve.

De 1974 até 1979, para Maria Inês Bravo (2009), a política de saúde passou a ser tratada como uma forma de enfrentamento dos problemas sociais. Assim, na visão da autora, a política de saúde teve de lidar com os embates entre pressões para expansão de serviços, as restrições orçamentárias colocadas, a defesa de interesses do empresariado médico e a ascensão do movimento sanitário.

Já a década de 80 é caracterizada, na esfera política brasileira, por um processo de redemocratização política, o qual envolveu um amplo debate em torno da elaboração de uma nova constituição para o país. Para Souza Bravo (2009), os principais debates colocados neste momento consistiam:

na universalização do acesso; a concepção da saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão - os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2009, p.96).

Nos debates e embates polarizados entre o bloco empresarial e dos defensores da reforma sanitária, na Assembleia Constituinte, para Bravo (2009), a pauta da saúde ultrapassou o campo de um debate setorializado, ganhando uma pauta política que envolveria toda a sociedade. Conforme apontado por Hésio Cordeiro (1985), este momento histórico foi marcado pelo surgimento de conglomerados econômicos os quais reúnem em suas estruturas de holding a presença de corporações de seguro privado e operadoras de serviços de saúde.

Já nos anos 90, Bravo (2009) pontua o redirecionamento das atribuições estatais por conta da ascensão da política neoliberal sobre o ajuste das contas públicas. A proposta da política de saúde, sob a égide da hegemonia neoliberal, tem sido descaracterizada, mediante atrelamento ao mercado privado pela via das parcerias com a sociedade civil com o objetivo de reduzir custos, uma vez que assume-se a suposta maior eficiência da iniciativa privada na prestação de serviços.

Para Bravo *et al* (2020), na seara pública, o modelo de Organizações Sociais promove a privatização e a mercantilização do SUS, maximizando a atuação estatal no que se refere a anuência ao que é convenientemente defendido pelo capital, promovendo a apropriação do fundo público pela esfera privada, desmontando, assim, a proposta do SUS como um sistema universal e unificado, conforme disposto na Constituição Federal. Considera-se que a universalização consistia em um objetivo a ser perseguido, mas que nunca foi atingido, uma vez que o serviço é utilizado majoritariamente por pessoas de baixa renda: 64,7% dos usuários possuíam renda domiciliar *per capita* inferior a um salário mínimo e 32,3% se encontram no intervalo de renda entre um e três salários mínimos, segundo dados obtidos pela PNS (2019), realizado pelo IBGE.

Tal fenômeno de privatização da saúde, segundo as autoras, é não clássica, uma vez que não constitui na venda de uma empresa integrante do patrimônio público, mas envolve a terceirização via transmissão da gestão e prestação dos serviços públicos para o setor “público não estatal”, ou para as entidades estatais, mas de direito privado.

Já nos anos 90, segundo Maria Correia (2012), os serviços públicos de saúde foram caracterizado por um processo de “universalização excludente”, uma vez que ocorreu a universalização destes no sentido de abarcar os que não possuíam vínculo empregatício, mas que, devido a queda da sua qualidade, expurgou-se as classes médias, bem como os trabalhadores melhor remunerados da utilização destes serviços. Adicionalmente, Costa e Pinto (2021) apontam a realização, neste mesmo período, de uma expansão significativa, financiada pelos poderes executivos municipais de cidades pequenas, dos serviços de atenção ambulatorial

e básica, e um crescimento dos serviços privados de seguro de saúde nas cidades de médio e grande porte.

Diante desta visão concorrencial entre o público e o privado na prestação dos serviços de saúde, a década de 90 foi marcada também pela realização da dita “reforma do aparelho de Estado”, de autoria de Bresser-Pereira (1997), conforme exposto no capítulo anterior, que possibilitou a abertura de uma via legal para a celebração de contratos de gestão entre o Poder Público e as chamadas Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) para a prestação de serviços públicos de saúde. Tal reforma, mediante a promessa de aumento da eficiência e redução de custos com a prestação de serviços públicos por entes privados, possibilitou o desenvolvimento ainda maior do mercado da saúde, com a proliferação de ONGs voltadas à saúde e assistência social, tendo um total de 20 OSs qualificadas no ano de 2021, segundo as deliberações da COQUALI (Comissão De Qualificação De Organizações Sociais) nº 182, de 13 de julho de 2022.

Na visão de Andreazzi e Bravo (2014), as diretrizes que orientaram o movimento de contrarreforma do Estado na saúde buscaram sua viabilidade, como um primeiro passo, mediante a promulgação de novas leis, percorrendo os três níveis da federação. Na esfera federal, foram criadas as leis n. 9.637/90, que dispõe sobre a qualificação em OS, e a 9.790/99, a qual se refere à criação das OSCIPs.

Como o governo FHC já foi tratado em profundidade anteriormente, neste tópico buscar-se-ão abordar brevemente os governos posteriores no que se refere às ações ligadas à saúde pública. Durante o governo Lula, já no primeiro ano de governo, em 2003, segundo Boito Júnior (2003), não houve modificações nas políticas neoliberais já em curso desde o governo anterior, notadamente, no que se refere à desindexação da massa salarial dos trabalhadores. Como destaques da continuidade da agenda neoliberal neste período, o autor aponta o encaminhamento da reforma previdenciária, a política de manutenção da taxa básica de juros em patamar elevado, o estabelecimento de metas consideráveis no que tange os superávits primários, a reforma tributária que preserva a regressividade, a realização de leilões de concessão nos setores de energia e transporte, dentre outros. Destaca-se também, segundo o autor, que parte das classes populares foram cativadas ou anuladas pelo capitalismo neoliberal dependente.

No campo da saúde, cabe ressaltar a relevância, neste período, a relevância de programas como o de Saúde da Família (PSF) e dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (ANDREAZZI & BRAVO, 2014). Pode-se destacar, também, segundo Menicucci (2011): a criação do Programa Brasil Sorridente, com o intuito de ampliar os cuidados odontológicos em

todos os níveis, incluindo-se os mais complexos (MENICUCCI, 2011; MACHADO *et al*, 2011); a inauguração do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) destinado ao atendimento pré-hospitalar móvel; o Programa Farmácia Popular, composto por uma cadeia de farmácias credenciadas para ofertar medicamentos subsidiados pelo governo; a ampliação do valor do Piso *per capita* de Atenção Básica em 50%; o incremento da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); e a instituição da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CAMED) e o estabelecimento de regras que controlam os preços destes bens.

Já na seara da gestão pode-se citar o Pacto pela Saúde, o qual consiste, segundo Menicucci (2011, p.525) em “um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de governo, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão”. Tais reformas, apontadas pela autora, perpassam mudanças de caráter gerencial, expressas pelo Pacto pela Vida, onde o foco direciona-se para a obtenção de resultados por meio dos estabelecimento de metas sanitárias a serem perseguidas pelas esferas do Poder Público. Adicionalmente, verifica-se a introdução da autoridade gerencial pelo Pacto de Gestão do SUS, onde, além de conferir responsabilidades específicas para cada ente, inaugura-se colegiados gerenciais regionais a fim de propiciar um espaço de articulação e cooperação entre gestores dos diferentes entes.

Juntamente a estes programas, de acordo com Menicucci (2011), tendo um caráter mais endógeno da política de saúde, a atuação dos governos Lula sobre as variáveis sociais que interferem na saúde da população revela o seu caráter inovador nesta questão. Dentre os programas de maior relevância, e de impacto na qualidade de vida e na saúde, a autora destaca o Fome Zero, o Programa Bolsa Família e as políticas de habitação e saneamento. Adicionalmente, ela enfatiza que os dispêndios realizados na saúde, pertencentes à agenda social do governo, eram vistos também como sendo um investimento no desenvolvimento econômico. Integrando o chamado “Programa Mais Saúde”, as atuações voltadas à saúde pública, para a autora, participam da política de desenvolvimento com vistas a atrelar o incremento econômico do PIB ao desenvolvimento social.

No período que compreende o governo Dilma (2011-2016), de acordo com Reis e Paim (2018), a dinâmica de concentração nas políticas de saúde permaneceu com a continuidade do movimento de crescimento da rede de atenção primária. O grande destaque deste governo consistiu no Programa Mais Médicos que, como uma resposta às jornadas de junho, acabou por mobilizar a classe médica brasileira contra o governo. Por fim, segundo os autores, foi criado o EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), empresa pública destinada à

gestão dos hospitais federais, aumentando a precarização e a rotatividade dos profissionais de saúde.

Após o período da gestão Dilma, o governo Temer, iniciado diante de uma série de “manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas que provocaram a destituição da presidente Dilma Rousseff” (BRAVO *et al*, 2019, p.142) caracterizou-se por uma adoção radical do projeto liberal, que tem como intuito a reforma do Estado galgada no esforço de privatizar a infraestrutura econômica e social (FAGNANI, 2017; BRAVO *et al*, 2019).

De acordo com Fagnani (2017), o processo de desmantelamento do Estado Social em curso pode ser elencado em seis etapas: a expansão da desvinculação constitucional de recursos destinados às políticas sociais, o chamado “Novo regime fiscal”, o encerramento das vinculações de receitas orçamentárias para a área social, a reforma previdenciária, a reforma tributária e redução de direitos trabalhistas e sindicais via reforma trabalhista.

Em relação ao caso específico da saúde pública, segundo Bravo *et al* (2019), a política de Temer é marcada pelos seguintes atributos: contração do SUS e seu financiamento, diminuição do poder regulatório da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), revisões unilaterais realizadas sobre o Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o Programa Nacional de Saúde Mental sem a discussão com o Conselho Nacional de Saúde.

A nova configuração da PNAB, para as autoras, determina padrões inéditos das ações de saúde, segmentando o acesso à Atenção Básica de Saúde, tornando-a seletiva e restrita. Além disto, tais autoras destacam o descredenciamento, pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.717/2018, das unidades de Saúde da Família espalhadas pelo país sob o argumento da inobservância do prazo para a inclusão no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, reduzindo, assim, as possibilidades de ingresso da população ao sistema de saúde.

Adicionalmente, o novo regime fiscal, viabilizado pela inserção da Emenda Constitucional nº 95/2016, proposta e promulgada durante o governo Temer, segundo Bravo *et al* (2019), atrela o aumento das despesas públicas de cada ano à inflação apurada no respectivo período e que vigorará por um prazo de 20 anos. Com isto, inviabiliza-se a possibilidade de uma expansão real dos gastos sociais do governo, comprometendo o financiamento do SUS.

A política de subfinanciamento do SUS, de acordo com tais autoras, acaba por estimular a expansão de negócios pelo setor privado uma vez que é criado um mercado potencial integrado pela população de baixa renda desassistida. A privatização da saúde, para elas, foi a principal defesa desse governo mediante o desenvolvimento de planos de saúde populares com o intuito de ofertar serviços de assistência à saúde a preços mais baixos, restritos a exames de laboratório e consultas médicas, sob o argumento ligado à economia de recursos

gastos com a saúde pública. Tal medida, na prática, descaracteriza o SUS, uma vez que retira os atributos da universalidade, equidade e integralidade do sistema.

Outra involução imposta pelo governo Temer, de acordo com Bravo *et al* (2019), consistiu na interrupção do financiamento do Programa Farmácia Popular, que repercutiu no encerramento de 400 farmácias públicas presentes nos locais mais pobres do país. Soma-se a este fato, segundo as autoras, o encerramento do “Programa Mais Médicos” com o governo cubano, o que resultou na saída dos médicos cubanos das Unidades integrantes da Estratégia Saúde da Família.

Para finalizar o histórico de governos federais, o atual governo de Jair Bolsonaro trata-se de um governo de extrema direita e de ideologia neoconservadora (de caráter reacionário) e neofascista, haja vista sua narrativa, expressa nas suas declarações, voltada a uma posição oposta à defesa dos direitos humanos, à proteção dos povos indígenas e da população negra, à igualdade de gênero e à liberdade de manifestação da orientação sexual e da identidade de gênero (MATOS, 2021).

Sobre a saúde em específico, o governo inicia com a condução do Ministério da Saúde com a nomeação de Luiz Henrique Mandetta cuja gestão foi de janeiro de 2019 até abril de 2020. Nesta gestão, não houve a destinação de mais recursos ao SUS, mantendo-se a lógica da gestão anterior de subfinanciamento e, portanto, provocando a fragilização do sistema na sua vertente universal, pública e estatal (BRAVO *et al*, 2020). Pode-se destacar também a mudança na estrutura administrativa do Ministério: a extinção da Secretaria de Atenção Primária e, em seu lugar, a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), a Secretaria Especial de Atenção ao Indígena (SESAI) e a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES).

Com a atenção básica tornando-se uma secretaria, houve, em meados de 2019, uma proposta de uma nova estrutura para ela, fundada em tres pilares: a forma de financiamento, a regulação e a prestação dos serviços.

Em relação ao financiamento, a proposta consiste no Programa Previne Brasil o qual introduz uma nova maneira de realizar os repasses de recursos federais para a atenção primária, fundamentada, segundo a Portaria 2.979/2019, na “captação ponderada, no pagamento por desempenho e no incentivo para ações estratégicas”. Assim, tais modificações podem ser assim resumidas: “extingue os pisos fixo e variável (PAB); introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas; e estabelece nova forma de pagamento por desempenho” (MOROSINI *et al*, 2020, p.3).

No que tange ao aspecto da regulação, o governo realizou uma proposição para alterar o Programa “Mais Médicos”, criado no governo Dilma, sob a alegação de que o tornaria mais

técnico. Assim, surgiu o programa “Médicos pelo Brasil” mediante o envio da Medida Provisória nº 89013 e que acabou por ser convertida na lei nº 13.958. Na prática, segundo Bravo *et al* (2020), o que correu foi o seu desmantelamento, com a retirada dos médicos cubanos, mediante o fim do convênio com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e os médicos brasileiros não se mantendo no programa.

Além deste programa, a referida lei também autorizou a fundação da Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), a qual consiste em uma “instituição de direito privado, com modalidade paraestatal (Serviço Social Autônomo)” (MOROSINI *et al*, 2020, p.3). A ADAPS tem como uma de suas competências, disposto na Lei nº 13.958/19, a consecução dos seus objetivos mediante contrato, acordo, ajuste ou instrumento congêneres com entidades públicas ou privadas. Tal fato assegura à ADAPS a possibilidade de contratar entes privados para gerir a APS, especialmente nos locais de maior vulnerabilidade social. Outro fato relevante no que se refere à ADAPS consiste na formação do seu conselho deliberativo que, segundo a Lei nº 13.958/19, só possui um membro do Conselho Nacional de Saúde, sendo representativo do controle da sociedade, e três representantes de entidades médicas e que acabam por atender a interesses massivos pertencentes às entidades privadas do setor de saúde (MOROSINI *et al*, 2020).

No que se refere ao último pilar da prestação de serviços, o Ministério da Saúde formulou a Carteira de Serviços para a APS (CaSAPS). Tal documento visava elencar todos os serviços oferecidos no âmbito da atenção básica (MOROSINI *et al*, 2020). Assim, esta carteira de serviços, juntamente com a inauguração da ADAPS e do “Previne Brasil”, se articulam de forma a criar as condições institucionais e legais para a privatização do SUS, iniciando no âmbito da atenção básica.

Com o advento do alastramento da contaminação da Covid-19 no Brasil e no mundo, em razão de discordâncias entre o presidente e o ocupante do Ministério da Saúde quanto ao combate à pandemia, foram substituídos o Mandetta e o seu sucessor, Nelson Teich. Assume então o ministério Eduardo Pazuello, general do exército brasileiro e sem qualquer experiência na área da saúde, e, desde então, inexiste no governo federal uma política de enfrentamento (MATOS, 2021). Mais do que isso: há uma política de livre circulação do vírus Sars-Cov-2, manifestado em declarações do presidente Bolsonaro. Tal política manifesta-se, de acordo com Marcílio de Matos (2021), nas declarações e ações do presidente Bolsonaro: ele se posicionou contra as medidas de restrição de circulação de pessoas e de distanciamento social, relativizou o número de mortes causadas pela doença, vetou a exigência do uso de máscaras em órgãos e

entidades públicas, atrasou a compra de vacinas e tratou da elaboração de um plano de vacinação no país.

No Brasil, diante da profunda desigualdade social, os segmentos sociais mais pobres foram os mais afetados pela pandemia. Como tais grupos são os que mais utilizam o SUS, uma vez que estes não dispõem de recursos para adquirir planos de saúde privados, a saúde pública foi um dos setores mais atingidos no período crítico da disseminação da Covid-19 (MATOS, 2021), decorrente de um aumento vertiginoso da demanda por atendimentos por conta da explosão do número de casos de infectados pela doença.

Diante deste cenário, agravou-se os problemas históricos já enfrentados pelo SUS decorrente da política de desfinanciamento do sistema. Assim, Marcílio de Matos (2021) aponta para: um quadro de trabalhadores fadigados, em razão do elevado número de atendimentos juntamente com um contingente baixo de profissionais contratados, uma remuneração insuficiente dos funcionários que os obrigam a trabalharem em diversos locais, a precarização do regime de contratação destes profissionais e os problemas que envolvem a estrutura precária das instituições e unidades de saúde.

A ferramenta gerencial da contratualização de resultados, mediante o estabelecimento de contratos de gestão junto às OSs, encontrou fundamentação teórica no PDRAE (1995), proposta pelo então ministro Bresser-Pereira. Tal plano autoriza a criação de parcerias com ONGs, sendo tais não lucrativas e voltadas ao atendimento do interesse social e, portanto, integrantes do que ele denomina por “esfera pública não estatal”, em setores não exclusivos ou competitivos de Estado, ou seja, onde o Estado não é o único prestador do serviço e onde sua atuação não deriva do exercício do poder de Estado (BRAVO *et al*, 2020).

O que está em jogo é a propensão cada vez maior de transferência da gestão e do fundo público para a esfera privada, integrantes da propriedade pública não estatal, ou para instituições consideradas “estatais”, mas que se enquadram como pessoas jurídicas de direito privado. Desta forma, o fundo público passa a atender aos interesses financeiros de reprodução do capital (CORREIA, 2012).

Nestas áreas consideradas competitivas, o setor público concorre com o setor privado na prestação de serviços ao cidadão, sendo tal participação estatal fundamental para garantir o acesso universal e gratuito. Por não ser exclusivo de Estado, serviços como os de saúde e educação são exemplos de áreas onde a administração gerencial, a qual prima pela eficiência na aplicação dos recursos, deveria ser adotada, segundo o plano, no lugar da gestão burocrática, sendo esta mais focada nos processos.

Por meio das metas, objetivos e indicadores estabelecidos nos contratos de gestão, a administração pública controlaria o desempenho auferido pelas entidades contratadas. Assim, a gestão pública faria um controle finalístico, aferindo resultados obtidos e, com isto, conferindo às contratadas a tarefa de alocar eficientemente os recursos públicos para atingir fins delimitados pelo ente público contratante.

Esta autonomia administrativa conferida às entidades de saúde contratadas visava reparar as deficiências do modelo de gestão burocrática. Estas consistem, conforme apontado por Nogueira (2010, p.36), por exemplo:

limitações criadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, especialmente quanto à admissão e expansão dos recursos humanos; falta de agilidade nos processos licitatórios para a aquisição de equipamentos e insumos de necessidade urgente; dificuldades de incorporação de pessoal mais qualificado e de certas especialidades, inclusive porque alguns profissionais, a exemplo dos anestesistas e oftalmologistas, recusam-se a prestar concurso público ou prestam, mas não assumem as vagas disponíveis.

No entanto, a grande problemática encontrada neste modelo, exposta por Iamamoto (2006, p.31), consiste no fato de que “os projetos levados a efeito por organizações privadas apresentam uma característica básica, que os diferencia: não se movem pelo interesse público e sim pelo interesse privado de certos grupos e segmentos sociais”. Assim, o interesse público, expresso pelo acesso indiscriminado e universal à saúde, fica comprometido, uma vez que os executores que prestam os atendimentos nas unidades de saúde mobilizam-se pelo interesse privado, o que contraria as finalidades legais do SUS.

Outro problema que este modelo pode apresentar consiste no risco da prática de *rent seeking*, ou seja, na “criação de possibilidades de extração de rendas para grupos econômicos que são criados por dentro do Estado, em articulação estreita com grupos de poder” (ANDREAZZI & BRAVO, 2014, p.509). Outro ponto negativo ressaltado pelas autoras refere-se à flexibilidade, ditada como fundamental pelas agências internacionais, proporciona a disponibilidade dos governantes em revisarem contratos e poderem, assim, reduzir ou, até mesmo, interromper a prestação de serviços de saúde, sob o argumento em prol da defesa do ajuste fiscal através do enxugamento dos gastos públicos.

Tal narrativa de flexibilidade na gestão das unidades de saúde reflete, portanto, a maior facilidade de realizar cortes de gastos, em linha com o discurso neoliberal de busca da eficiência, revelando o intuito é reduzir o tamanho do Estado. No entanto, a defesa do chamado “Estado mínimo” se dá somente em relação à atuação que afeta as classes trabalhadoras, permanecendo como sendo máximo somente no que se refere às relações articuladas com as classes burguesas (DIAS, 1999).

Em relação a esta suposta maior eficiência propiciada pelo modelo de gestão gerencial, Bravo *et al* (2020) ressaltam um efeito contrário obtido, mediante a análise do Relatório do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro (TCM/RJ) (2011) no que se refere às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) municipais. Segundo os autores, os gastos com as UPAs da Cidade de Deus e da Vila Kennedy, sob gestão da OS IABAS, comparados aos dispêndios das unidades diretamente administradas pela SMS-Rio - os Centros Municipais de Saúde Jorge Saldanha Bandeira de Melo (Jacarepaguá) e Waldir Franco (Bangu) - o TCM/RJ comprovou a existência despesas excessivas realizadas pela OS. As autoras atentam para o fato de que tais entidades gozam de autonomia para conduzir processos de contratação de compras de bens e serviços.

O ápice da crise na saúde do município do Rio de Janeiro, sob o modelo gerencial das OSs, foi experimentada durante o governo Crivella (2016-2020). Segundo Bravo *et al* (2020), no biênio 2017-2018 foi relatado um déficit orçamentário, havendo, ao longo do ano de 2018, pagamentos atrasados dos salários dos profissionais de saúde, além de desligamentos de Agentes Comunitários de Saúde e maior restrição quanto aos horários de atendimento nas unidades.

No ano de 2017 houve decisões políticas na esfera municipal e que geraram um desmonte relevante para a saúde pública carioca. Em agosto deste ano foi anunciado o fechamento de 11 clínicas da família, localizadas na zona oeste da cidade sendo esta uma área periférica da cidade e em meio a um contexto de inadimplemento do pagamento da folha salarial dos profissionais de saúde.

Essa providência adotada na esfera municipal se coaduna com o contexto político nacional de desmonte da Política Nacional de Atenção Básica a qual levou o SUS a uma diminuição relevante no quantitativo de pessoas atendidas, incentivando uma nova dinâmica que rejeita a formação de vínculos trabalhistas, bem como os cuidados sob um enfoque longitudinal, realizado de forma a abarcar a comunidade e o território conforme disposto na chamada “Lei Orgânica da Saúde” de nº 8.080/1990. Adicionalmente, cabe pontuar que neste mesmo período, durante a então gestão Temer, já havia sido sancionada a Emenda Constitucional nº 95/2016 e promovido mudanças mais restritivas nos critérios de financiamento da atenção primária com o Programa Previne Brasil.

No ano de 2018, a SMS-Rio, de acordo com as autoras, redigiu o documento denominado “Reorganização dos Serviços de Atenção Primária de Saúde – Estudo para Otimização de Recursos”. Tal relatório “extinção de 184 Equipes de Saúde da Família, e 55 equipes de Saúde Bucal (cerca de 1400 postos de trabalho), e propunha nova tipologia de

equipes, com base na Política Nacional de Atenção Básica” (BRAVO *et al*, 2020, p.137). Tal política, para estas autoras, alterada em 2017, passou a prever uma menor contratação de funcionários para uma elevação da produtividade dos atendimentos por equipe.

Em 2017, a Prefeitura do Rio contingenciou por volta de R\$ 540 milhões, o que corresponde a menos de 10,77% do orçamento destinado à saúde sendo, na visão das autoras, muito superior em relação à queda sofrida na receita pública do ente (que corresponde a 5,28%). O total da crise levou à demissão de 1.500 profissionais sem que houvesse reposição dos quadros, revelando, assim, o aspecto negativo da flexibilidade administrativa e das relações de trabalho quando a vontade do mandatário, sob a desculpa da crise financeira, é para descontinuar ou reduzir gastos com uma política pública que visa assegurar direitos constitucionalmente estabelecidos como é o acesso à saúde.

5.2.Os projetos de saúde em disputa.

A partir do final dos anos 70, diante da crise da ditadura Empresarial-Militar, ocorreu uma maior movimentação política e a organização do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Tal movimento é fundado nas “lutas populares e sindicais pelo direito à saúde e nos posicionamentos críticos em relação às limitações do modelo médico assistencial previdenciário” (BRAVO *et al*, 2020, p.193-194). A organização do MRSB caracterizou-se pela aglutinação de movimentos sociais, partidos políticos e a classe intelectual no embate à ditadura militar e cujo objetivo era modificar o padrão de prestação médica-assistencial de caráter privado por um sistema de saúde nacional, público, de caráter universal, com participação social e gestão descentralizada (FLEURY, 2009).

O primeiro marco histórico que ensejou o MRSB deveu-se, segundo Sônia Fleury Teixeira (1988), deveu-se ao fato de o movimento ter como atributo inicial a constituição de um novo conhecimento, sendo tal analítico em relação aos determinantes sociais das doenças, elaborados a partir da recuperação dos estudos ligados ao sanitarismo desenvolvimentista dos anos de 1960. Já a partir da década de 70, com a transgressão de fronteiras impostas pelo regime ditatorial, houve a possibilidade de adoção de recursos mais flexíveis, a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), e o desenvolvimento de projetos ligados à medicina comunitária. Desta forma, idealizou-se um sistema alternativo ao então vigente, de caráter

discriminatório, fragmentário e dependente da lógica mercantilista: tal sistema, hoje denominado por “SUS”, seria “público, socializado, universal, integrado, de atenção integral, e planejado de acordo com as demandas existentes, utilizando, de forma hierarquizada e regionalizada, os recursos disponíveis” (TEIXEIRA, 1988, p.198-199).

O MRSB consiste, assim, em um movimento de caráter contra hegemônico à lógica mercantilista dominante, sendo de confirmação da saúde como um direito da cidadania, de aplicação universal, em contraposição ao projeto neoliberal em curso cuja pauta fundamenta-se na redução de direitos, concentrando as políticas sociais para determinados grupos, em linha com as orientações estabelecidas pelas agências internacionais como a única forma de combate à crise fiscal que assolaram os Estados nos anos 70 e 80 (SOUTO & OLIVEIRA, 2016). A saúde é encarada pelo movimento como sendo um “direito social de responsabilidade do Estado” (BRAVO *et al*, 2020, p.194).

Segundo Maurílio de Matos (2021), deve-se ressaltar a colaboração relevante do MRSB no que tange a uma concepção ampliada da saúde, uma vez que esta não mais se resume a apenas a existência ou não de problemas biológicos individuais nos corpos das pessoas. Na visão do autor, o movimento vai analisar o processo saúde-doença desde a origem, onde variáveis como as condições de vida e de trabalho são colocadas como determinantes em termos de implicações nos níveis de saúde das populações. Para o referido autor, a força deste movimento ensejou a criação do SUS, sistema este que foi inserido na Carta Magna de 1988.

No entanto, o SUS é alvo de uma série de sabotagens, promovidos por governos neoliberais, que acabam por desviá-lo de sua concepção inicial (MATOS, 2021). O denominado “projeto privatista”, para Bravo *et al* (2020), possui uma racionalidade voltada para normas mercadológicas e, com isto, a doença é utilizada como um campo para fins de obtenção lucros. Segundo a autora, nos anos de 1990 surgem os novos modelos gerenciais, com uma narrativa modernizadora e inovadora para ocupar o lugar da então gestão realizada pelo ente estatal, juntamente com o suporte de subvenções e isenções fiscais, busca apropriar-se do fundo público como fonte de acumulação de capital.

Na prática, para Marcílio de Matos (2021), a fim de garantir e maximizar sua lucratividade, as forças privatizantes realizam dois movimentos: 1) pressionam pela redução do tamanho do SUS, gerando sua incapacidade de garantir o atendimento à população, além de precarizá-lo, e produzindo a falsa solução de que o setor privado de saúde resolverá o problema. Assim, os governos optaram pelo cumprimento do relatório do Banco Mundial intitulado “Proposta de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro” no sentido de focalização da prestação de serviços de assistência e atendimento em saúde para os mais vulneráveis,

quebrando-se a universalização que caracteriza o sistema público; e 2) incentivam a privatização do sistema, para fins de concorrerem para a apropriação direta dos recursos públicos, mediante a publicização da prestação de serviços de saúde cuja execução e gestão seriam exercidas pelas chamadas “Organizações Sociais de Saúde” (OSS).

Por fim, na visão de Bravo *et al* (2020), existe um terceiro projeto que é o da reforma sanitária flexibilizada. Segundo tais autoras, a flexibilização da gestão da saúde insere-se no contexto de crescente descaracterização e de um quadro de progressivo subfinanciamento do SUS, considerando-se as diretrizes macroeconômicas e o projeto de reforma do Estado brasileiro, redefinindo suas funções e papéis, à luz da ascensão da hegemonia da ideologia neoliberal. Tal projeto teve uma consolidação nos governos petistas (BRAVO, 2013) por meio do programa de publicização.

5.3. Desafios do SUS no contexto atual.

Os atuais movimentos neoliberais têm como finalidade o esvaziamento das políticas sociais e o ataque ao fundo público como sendo o principal responsável pelo déficit fiscal das contas do governo.

Segundo Boschetti e Teixeira (2019), o subfinanciamento da política de saúde, além de ser um problema histórico, tem sido acentuado por conta do desfinanciamento decorrentes das medidas atuais de ajuste fiscal. A trajetória do aporte de recursos de financiamento é marcada por uma expansão inconstante, o que compromete a universalidade e gratuidade da política pública de saúde.

Para estes autores, o encolhimento orçamentário mais agudo aconteceu no governo Temer, em 2017, com uma redução de 7%, sendo já uma consequência da implementação do congelamento de gastos públicos cuja determinação foi realizada pela Emenda Constitucional (EC) no 95/2016, conhecida como emenda do “teto de gastos”. Tal emenda estabelece, de acordo com o IPEA (2021), que a denominada “despesa primária” da União, a partir de 2016, não possa mais crescer acima da taxa de inflação, expressa pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), até o final do exercício de 2036. Tal ancoragem de gastos fiscais não restringiu, para o IPEA (2021), o aumento dos dispêndios com a gestão tributária e com as despesas de caráter financeiro, proibindo também o empenhamento dos acréscimos arrecadados de receita pública para o gasto em políticas públicas.

Adicionalmente, o IPEA (2021, p.110) destaca que o “piso da saúde foi desvinculado da Receita Corrente Líquida (RCL), conforme ficara estabelecido pela EC nº 86/2015”. De acordo com o instituto (2021, p.112), a ausência de verbas que deveriam ser destinadas ao SUS corresponde ao montante de “R\$ 17,6 bilhões em 2018 e 2019, sendo R\$ 13,6 bilhões somente em 2019, caso prevalecesse o disposto no artigo da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), que determinava que 15% da RCL fossem aplicados em saúde”. De acordo com Benevides, Ocké-Reis e Funcia (2021), o valor comprometido para atender o piso da saúde equivaleu ao percentual de 15,77% da RCL no ano de 2017, 14,51% em 2018 e 13,50% no fechamento do ano de 2019.

Já Carlos Ocké-Reis (2020) aponta, a partir de informações extraídas da OMS, que o Brasil gasta relativamente pouco com a manutenção de sua saúde pública em comparação com outros países: em relação ao seu PIB, o governo brasileiro gasta a proporção de 3,8%, contra 4,2% na Coreia do Sul, 4,9% na Argentina e no Chile, 6,5% na Espanha e 6,7% na Itália. Segundo o autor, o próprio governo britânico dispende, na manutenção do *National Health Service* (NHS), 7,9% do seu PIB.

A retirada de recursos da seguridade social pela via da DRU (Desvinculação de Receitas da União) também é apontada como uma das causas do subfinanciamento da seguridade social e, portanto, no caso específico aqui abordado, da saúde pública brasileira. A DRU desatrela o produto da receita de tributos que deveriam ser destinados ao financiamento de determinadas políticas sociais, atreladas ao orçamento da seguridade social, para serem utilizados no custeio de outros gastos ou, simplesmente, para a produção de superávit primário nas contas públicas. A DRU e o teto de gastos foram os principais mecanismos responsáveis por obstaculizar a expansão do sistema universal de saúde de forma a acompanhar o aumento da população brasileira.

De acordo com Boschetti e Teixeira (2019), no que se refere aos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), entre os anos 2012 até 2018, aumentaram, em média, apenas 2,1%, sendo muito abaixo da expansão populacional. No período entre 2015 e 2018, para eles, houve uma perda acumulada de 9%. No que se refere ao Orçamento da seguridade social, segundo estes autores, houve uma redução de recursos nos anos de 2017 e 2018. Tal cenário pode ser justificado por conta dos seguintes fatos: redução do volume de empregos formais, mudanças de regras nos benefícios da previdência e crescimento baixo do salário mínimo. As reformas trabalhista, realizada pelo governo Temer, e previdenciária, aprovada na gestão Bolsonaro, introduzem componentes novos que agravam esse cenário. Tais reduções orçamentárias, para eles, consistem em uma atuação estratégica de enxugamento dos gastos sociais do Estado para

atender à razão do ajuste fiscal no sentido de auferir superávit primário e, portanto, privilegiando os interesses do capital portador de juros.

Assim, para Bravo *et al* (2019), diante deste cenário de subfinanciamento da saúde pública, configura-se como um projeto em curso a concretização de um SUS integralmente a mercê do mercado, mudando sua lógica de funcionamento onde a produção privada dos serviços de saúde passa a ganhar destaque, assumindo a centralidade no sistema de saúde, relegando a prestação pública a uma mera atuação complementar. Com isto, para Boschetti e Teixeira (2019), restringe-se o direito à saúde, mercantilizando o seu acesso, ou seja, obriga-se a classe trabalhadora a gastar parte de sua renda para aquisição destes bens e serviços no mercado, o que favorece a criação um ambiente propício para a ampliação de planos privados para a população, propiciando a acumulação e reprodução de capital cada vez maior neste campo da assistência à saúde.

Ao se conter o emprego do fundo público para as políticas sociais e os sistemas pertencentes à seguridade social, de acordo com Boschetti e Teixeira (2019), limita-se a participação do ente público na distribuição de partes do excedente e do trabalho necessário e deslocam importante parcela para o capital privado, por meio dos dispêndios na forma de juros e amortizações da dívida pública ou via subvenções destinadas aos “fundos de pensões públicos (regimes fechados de seguros administrados por Fundos de Pensões) e privados (regimes abertos de seguros instituídos majoritariamente por bancos ou seguradoras privadas) (...)” (BOSCHETTI & TEIXEIRA, 2019, p.93).

Além da questão do subfinanciamento do sistema, o programa de publicização, o qual instituiu o estabelecimento de parcerias entre os entes estatais e as OS e OSCIPS na prestação de serviços públicos, também consiste em um desafio atual para o SUS e a política de saúde.

5.4. Conclusões do capítulo.

Diante dos argumentos expostos no presente capítulo, é possível concluir que, em virtude do desenvolvimento do mercado de saúde, com a expansão significativa de seguradoras, operadoras e hospitais privados e diante do cenário de subfinanciamento da saúde pública, o SUS executa uma política que, na prática, não é universal, mas sim focalizada aos grupos mais pobres da sociedade e os que se encontram em situação de vulnerabilidade social. As classes médias não são, em sua maioria, usuárias da rede pública do SUS, restringindo o seu acesso a algumas políticas pontuais, como a de imunização da população, sendo tais de fato universais.

Tal conjunto de medidas voltadas ao fortalecimento do mercado da saúde, juntamente com o constante desfinanciamento da política pública, levou a uma limitação da proposta universalista da saúde pública, levando à forte privatização dos serviços, restringindo substancialmente o acesso à saúde. Refere-se à privatização como sendo a efetiva entrega da gestão dos serviços públicos de saúde aos entes privados os quais agem nesta qualidade, orientado ao atendimento dos seus interesses, e passam a controlar diretamente as ações públicas.

Adicionalmente, a introdução do gerencialismo na administração pública tem como finalidade introduzir a lógica privada no interior da esfera pública, sendo mais uma faceta da privatização do setor. A Nova Gestão Pública (NGP) trata a política pública de saúde como se fosse uma área de negócio, embarcando ferramentas e inserindo princípios da esfera privada, priorizando, assim, ainda mais a seletividade de público, em contraposição a ideia da universalização.

A opção dos gestores públicos pelo desenvolvimento da política de saúde, com a expansão dos serviços de atenção primária, foi por meio de parcerias com organizações da sociedade civil. Esta via escolhida foi uma alternativa para contornar um impedimento legal à ampliação da contratação de profissionais para responder a demanda por serviços de saúde: a Lei de Responsabilidade Fiscal limita os gastos com pessoal a 54% da Receita Corrente Líquida para o Poder Executivo Municipal. Como o ente público repassa as verbas às OSs para a contratação de profissionais, os contratados estão vinculados às OSs, e não à Administração Pública, viabilizando, assim, o aumento da cobertura do ESF em curto espaço de tempo no âmbito municipal do Rio de Janeiro. Além desta terceirização adotada, o qual outorgou flexibilidade administrativa e autonomia decisória a entidades privadas, outra diretriz que orientou a expansão dos serviços de saúde consistiu na implantação de um modelo gerencial de gestão pública. Neste modelo, o Poder Público passa a se concentrar no mero controle dos resultados alcançados pelas OSs contratadas, por meio das metas e indicadores estabelecidos contratualmente, em detrimento do controle burocrático dos processos (atividades-meio).

Pode-se concluir que a gestão de Eduardo Paes realizou um incremento relevante e histórico no que se refere à estrutura orçamentária da SMS-Rio cujos valores nominais alocados mais que duplicaram. Tal crescimento foi destinado majoritariamente ao financiamento dos contratos firmados com as OSS, em contraponto ao congelamento promovido no gasto com pessoal. Este detalhamento da composição do dispêndio na saúde deixa claro o caráter neoliberal da política endereçada ao SUS a nível municipal, indo desde a precarização e fragilização dos vínculos trabalhistas até a contratualização dos resultados e a gestão privada

dos serviços. Esta gestão baseada em paradigmas privados, cujo ator principal é a OSS, fundamenta-se na profusão de exames e procedimentos e, portanto, inviável de ser sustentado financeiramente pelo Poder Público municipal ao longo do tempo.

Dentro deste modelo gerencial, adotado para a saúde pública, denominou-se por “publicização” a transferência da propriedade estatal para o que seria uma “propriedade pública não estatal”, representada pelas OSs, uma vez que se configurariam em entidades pertencentes à sociedade civil, sem fins lucrativos, e que buscam o alcance de objetivos de interesse social os quais se coadunam com as finalidades estatais. No entanto, porque esta publicização pode ser chamada de privatização no caso do MRJ? A normatização municipal, no que tange à composição dos integrantes dos conselhos de administração das OSs, ao entregar o seu controle à maioria de seus membros, promove a privatização da administração destas organizações, supostamente integrantes de uma propriedade pública não estatal, contrariando a premissa inicial de entregar à sociedade civil o controle destas gestões. Assim, o arranjo institucional das OSs, elaborado pela legislação carioca, atribui maior peso à participação de interesses privados em detrimento do interesse público no controle destas entidades, afetando, portanto, a destinação dos recursos públicos pertencentes ao SUS em favor de um modelo de orientação privatista e que beneficie, ao menos em maior parte, os agentes privados atuantes.

6. POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.

A OMS (Organização Mundial da Saúde), instituída em 1948, define a saúde como sendo o integral bem-estar físico, psíquico e social, suplantando a perspectiva biomédica, reinante até aquele momento. Tal definição foi enfatizada também na Declaração elaborada na Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, ocorrido na cidade de Alma-Ata em setembro de 1978, onde a saúde é colocada como um direito humano fundamental e que, para que haja sua concretização, é necessária a atuação conjunta de diversos ramos socioeconômicos. Assim, tal definição aponta para uma maior completude do que venha a ser o bem-estar e que, portanto, exige-se do Estado um conjunto mais amplo de políticas públicas que busquem criar as condições mínimas para que isto ocorra.

A área da saúde possui, atualmente, uma importância de disciplinar e ordenar a sociedade, expressos através da materialidade das informações objetivas fornecidas pelos seus indicadores. Apesar de limitar a realidade complexa da exclusão, tais dados ajudam a desvelar uma realidade social desafiadora, fruto das condições de vida precárias para a imensa maioria da população: a existência de uma profunda desigualdade social, de relevantes déficits em termos de acesso ao saneamento básico e a oferta desigual de serviços públicos no território. Este último envolve desde a indisponibilidade de equipamentos de saúde até a precariedade dos serviços de coleta de lixo e que, portanto, afetam as condições de saúde da população mais pobre, tornando-a mais propensas à contração de doenças.

Diante deste cenário, torna-se fundamental a formulação de uma política de saúde que abranja um conceito de saúde em sentido amplo: o foco da política não deve recair mais pesadamente sobre os atendimentos primário e secundário, abarcando a contagem de exames e procedimentos médicos, centrado no tratamento de doenças, mas em um conjunto de políticas públicas que atendam ao objetivo de prevenir a exposição da população às doenças infectocontagiosas.

O enfoque da atenção, no caso brasileiro, é destinado ao diagnóstico e tratamento da doença e, conseqüentemente, uma menor parte dos esforços e recursos acaba por ser direcionada às atividades ligadas aos cuidados preventivos de saúde de uma comunidade, passando por uma intervenção direta nos determinantes sociais da saúde. Segundo dados da pesquisa do IPEA (2022), em 2019, 41,5% do total dos gastos do SUS foram destinados aos hospitais, enquanto apenas 25,1% destes gastos foram aplicados na atenção primária. Assim, pensar na saúde de forma sistêmica, com foco na prevenção

Outro argumento a favor de uma abordagem ampla da saúde fundamenta-se na existência de determinantes sociais que influem nas condições de vida da população. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) define os determinantes sociais como sendo “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007, p.78). As políticas sociais, de uma maneira geral, ao mirar na melhoria das condições de vida da população, acabam por gerar benefícios à saúde pública também, interrompendo o ciclo vicioso de produção e de perpetuação de doenças.

As políticas sociais como um todo atendem também à finalidade distributiva do Estado: este recolhe os impostos das classes mais abastadas para o financiamento de projetos que visem a propiciar condições mínimas de bem-estar para os segmentos mais pobres da população, incluindo-se os que se encontram em situação de miserabilidade. Desta forma, a saúde pública deve ser concebida sob uma ótica multissetorial, sendo resultante da reflexão acerca dos aspectos multifacetados que envolvem tanto as relações sociais contidas no processo de trabalho em saúde na apresentação atual do capitalismo quanto das suas implicações geradas na sociedade.

No caso específico da política de saúde, o seu objetivo deve se basear na melhorar da qualidade de vida da população, enfatizando a atenção aos mais pobres e os que se encontram em situação de miséria ou vulnerabilidade social. Isto requer, além da intersetorialidade entre as políticas, a existência de uma infraestrutura de saúde pública que viabilize a cobertura de toda a população, assegurando, assim, o acesso universal e igualitário às suas ações e serviços, sendo esta um dever do Estado conforme disposto no § 1º do Art. 2º da lei 8.080/90.

As propostas de mudanças nas práticas em saúde também implicaram num outro modelo de ação, sendo este mais condizente com a promoção de uma política de saúde: o que antes necessitava do usuário procurar o atendimento desejado cede lugar ao modelo proposto de “Saúde da Família” onde a responsabilidade de identificar as demandas de saúde do território é do profissional envolvido no processo de trabalho, ou seja, a lógica parte do pressuposto de que é necessário ter o conhecimento do território para identificar, a partir de dados epidemiológicos e indicadores sociais, quais são as questões que incidem e ocasionam os agravos à saúde da população adstrita. A partir desse panorama, o profissional de saúde pode intervir nos reais fatores que determinam e condicionam o processo saúde-doença. Este modelo foi adotado pela SMS-Rio, ficando a gestão do programa Saúde da Família a cargo das OSS.

6.1. Quadro analítico orçamentário da saúde no MRJ.

Dentro do contexto de elaboração da nova constituição, abarcando um momento político conturbado de transição democrática, entre os fins dos anos 70 e os anos 80, efetivou-se o começo dos estudos acerca das políticas públicas, com a publicação de pesquisas que focam na formação histórica das *policies*, em particular as políticas sociais desde a era Vargas até as gestões militares (HOCHMAN, 2007). As políticas analisadas envolviam as mais variadas áreas, chamadas de políticas setoriais, como “industrialização e desenvolvimento, saúde, previdência, habitação e planejamento urbano, dentre outras” (HOCHMAN, 2007, p.13).

O objetivo destes estudos era de descobrir as decisões subterrâneas que envolviam o funcionamento do Estado por meio de uma análise dos atributos institucionais que permeiam as políticas, dos fundamentos doutrinários, das bases sociais e da estrutura estatal interna (HOCHMAN, 2007). No momento de transição democrática, segundo Hochman (2007), tais pesquisas buscaram focalizar a análise, não somente na interpretação das políticas setoriais, mas também na proposição de alternativas democráticas para o desenho das instituições. Para Januzzi (2009), a iniciativa e o desenvolvimento da área da avaliação de programas têm ocorrido dentro das universidades e centros de pesquisa os quais, embora tenham domínio metodológico em pesquisa, não possuem a experiência na implantação de programas. Para proporcionar o conhecimento mais detalhado possível, é necessário que a avaliação envolva pessoas de diversas áreas do conhecimento e grupos qualificados que mobilizem técnicas qualitativas e quantitativas suficientemente rigorosas, viabilizando, assim, o alcance respostas dotadas de eficácia e efetividade na implementação dos programas e ações integrantes de políticas públicas e outras intervenções governamentais (JANUZZI, 2009).

Uma das formas de se entender a formulação e implementação das políticas públicas atualmente se dá pela forma de repartição do poder político no território que, no caso brasileiro, se deu por meio da adoção do federalismo. O Brasil, assim como diversos outros países, consolidou-se em um Estado Federal, após a promulgação da constituição federal, em 1988, sendo este de formação quadripartite, uma vez que envolve, além da União, dos estados e do Distrito federal, a criação de mais um ente autônomo, sendo este anômalo para a maioria das federações: os municípios.

Os municípios possuem relevante importância no fornecimento de serviços públicos à população, uma vez que este, devido ao menor território sob sua gestão e sua finalidade destinada a prover serviços de interesse local, eles comandam uma série de serviços que afetam

diretamente a vida das pessoas, como a saúde pública, o sistema de transporte público local e o ensino infantil e fundamental. O município, de acordo com Junqueira *et al* (1997), é o local onde os usuários dos serviços colocam suas demandas não atendidas e insatisfações com os serviços entregues pelo Poder Público, sendo tal um reflexo do exercício da cidadania. Desta forma, a migração do poder para o âmbito da municipalidade – e, portanto, para um lugar mais perto do cidadão - se traduz em uma “ampliação da permeabilidade do Estado ao cidadão e, portanto, de democratização e de garantia de direitos” (JUNQUEIRA *et al*, 1997, p.16-17).

Considera-se que quanto maior a dependência do governo municipal em relação às transferências vinculadas recebidas dos outros entes, quer sejam voluntárias ou por força constitucional ou legal, para o suprimento financeiro da sua política de saúde, maior será a sua subserviência aos controles políticos e administrativos e maior será sua dependência de decisões de coordenação destas outras esferas de governo e, portanto, menor sua autonomia em termos de tomadas de decisão que envolvem a gestão da sua política pública que, no caso, refere-se à área de saúde da Cidade do Rio de Janeiro.

Em sistemas federativos, de acordo com Sol Garson Braule Pinto (2021), a União, geralmente, é o grande arrecadador de recursos, mas não é o grande prestador de serviços públicos ao cidadão. Os municípios são os grandes prestadores de serviços, mas não são os maiores arrecadadores. Para a autora, o que tenta equilibrar essa desigualdade são as transferências (voluntárias e constitucionais) da União para os outros entes federados, mas os tornam dependentes politicamente da esfera federal.

Para fins de análise das contas públicas, Sol Garson (2015) propõe uma metodologia para suprir uma carência relevante em pesquisas conduzidas na área social que consiste na dificuldade de quantificar o gasto público com políticas estaduais ou municipais. Nesta metodologia da referida autora, busca-se concentrar nas pesquisas que se utilizam apenas de dados abertos, como é o caso do presente estudo, estabelecendo três etapas para o levantamento dos dispêndios:

1 - A definição do quadro de referência da política pública, o qual se integra pelas leis, decretos, planos e programas setoriais que se relacionam diretamente com a política pública que, no caso, consiste na saúde pública municipal do Rio de Janeiro.

2 – O exame dos instrumentos de planejamento e orçamento, notadamente as leis que instituem o Plano Plurianual (PPA), que abarca um planejamento de programas de governo para quatro anos, e o Orçamento público (LOA), anual, o qual fixa as despesas e estima as receitas a serem realizadas para cada exercício financeiro.

3 – A quantificação do gasto, pelo exame de documentos de execução orçamentária. Tal tópico abarca as vinculações legais e, principalmente, os desvinculados, estabelecendo comparações entre o total orçado para a saúde com os que foram, de fato, empregados nesta finalidade.

É importante ressaltar que no presente tópico, para fins de análise, pressupõe-se que quanto maior for o nível de dependência do ente em termos de recursos de outros níveis de governo para o financiamento de suas políticas públicas (que, no caso, abarcam a área da saúde pública municipal do Rio de Janeiro), menor será a sua autonomia federativa para o estabelecimento de diretrizes, objetivos e metas para seus projetos, ações e programas subjacentes bem como mais limitada será sua capacidade de tomada de decisões quanto às respectivas alocações orçamentárias e investimentos necessários para a promoção das mesmas.

No entanto, de acordo com a pesquisa de Sol Garson (2016) sobre as crises fiscais municipais, já é sabido que municípios de maior contingente demográfico possuem uma menor dependência no que tange às transferências das outras esferas da federação em comparação com municípios menores. Isto ocorre em virtude não somente do seu nível de proficiência técnica para tratamento de matéria fazendária, porém também envolve as distinções existentes em suas estruturas fiscais, em especial no que se refere à composição de suas fontes de receita pública (GARSON, 2016).

Consideraram-se, no presente tópico, somente as receitas classificadas como orçamentárias. De acordo com o Manual de Contabilidade aplicada ao Setor Público, as receitas públicas, em sentido amplo, consistem nos “ingressos de recursos financeiros nos cofres do Estado” (STN, 2019, p.35). Tais numerários dividem-se em: 1) receitas orçamentárias, quando constituem em recursos financeiros disponíveis ao erário em caráter definitivo; ou 2) ingressos extraorçamentários, “quando apresentam apenas entradas compensatórias” (2019, p.35). Portanto, foram desconsideradas tais entradas extraorçamentárias, uma vez que estes recursos ingressam nos cofres do município, mas não poderão ser por ele utilizados para o financiamento de suas despesas públicas. O ente municipal é, portanto, um mero depositário destes valores os quais possuem um caráter transitório no caixa do tesouro, não configurando, assim, em uma receita pública propriamente dita.

Destas receitas e despesas orçamentárias, serão analisadas aquelas classificadas, segundo a categoria econômica, como “correntes” e “de capital” de acordo com a definição da lei 4.320/64. As receitas correntes constituem nas entradas classificadas como “tributária, de contribuições, patrimonial, agropecuária, industrial, de serviços e outras e, (...) recursos financeiros recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, quando destinadas a

atender despesas classificáveis em Despesas Correntes” (BRASIL, 1964). Já a lei 4.320/64 conceitua como sendo receitas de capital aquelas “provenientes da (...) constituição de dívidas; da conversão, em espécie, de bens e direitos; (...) de outras pessoas de direito público ou privado, destinados a atender (...) [a] despesas de Capital e, ainda, o superávit do Orçamento Corrente”.

Assim, buscou-se focalizar, no lado das receitas, segundo a origem, naquelas provenientes de transferências por parte dos níveis de governo estadual e federal, pois a intenção é concentrar os esforços de análise no sentido de se conhecer melhor as fontes de financiamento da política de saúde da cidade do Rio de Janeiro, avaliando-se o grau de dependência orçamentária da esfera municipal em relação aos outros entes no que tange aos gastos recorrentes e de investimentos em serviços de saúde.

Já no lado das despesas, para fins de conhecimento dos gastos municipais de saúde, realizou-se a investigação dos gastos em saúde segundo a classificação institucional (código 18 – Saúde), sendo contemplado todos gastos correntes – abarcando os de pessoal e seus encargos, bem como outras despesas correntes – e todos os de capital vinculadas à função orçamentária “saúde”. Com isto, os gastos com o pagamento de servidores inativos da área da saúde não foram considerados como dispêndios em saúde pelo MRJ.

Uma vez pesquisado os montantes de recursos provisionados para a área da saúde pública municipal, é importante verificar se tais dispêndios foram, de fato, efetuados ao longo dos exercícios que integram o período de 2018 até 2020. A fim de ilustrar esse movimento, o documento indicado é a prestação de contas do MRJ, elaborado pela Controladoria-Geral do Município do Rio de Janeiro (CGM-Rio), a qual será demonstrada mais adiante.

Em relação a esta documentação demonstrativa da execução orçamentária, dispostas nos relatórios de prestação de contas supracitados, analisou-se o período compreendido entre 2018 e 2021. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio), gestora integral do SUS no MRJ, tem como competência, de acordo com o decreto n° 45.709/2019, o planejamento e a coordenação dos planos, projetos, programas e ações que tenham como finalidade o aprimoramento das condições de saúde do povo.

A SMS-Rio é o órgão da Prefeitura do Rio de Janeiro responsável por reformular e executar a política municipal de saúde e, como gestora plena do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade, garantir o atendimento universal da população, conforme os preceitos do SUS. É a SMS que, diante do conhecimento das características e demandas próprias da população carioca, organiza as prioridades da saúde pública da cidade, dentro do que é previsto nas políticas públicas e serviços ofertados pelo SUS.

Pela política definida no SUS, aos municípios cabe, prioritariamente, à assistência da Atenção Primária e o atendimento de urgência e emergência. Dessa forma, a SMS cumpre seu papel na organização do sistema. O município do Rio também é gestor pleno do SUS na cidade do Rio de Janeiro.

O MRJ possui uma complexa estrutura de saúde pública, dentro do próprio ente, uma vez que detém uma imensa rede hospitalar, clínicas de especialidades, além de uma estrutura de centros de atendimento psicossocial e uma ampla rede de atenção básica, composta por Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e os Centros Municipais de Saúde (CMS). Assim, tal estrutura não pode ser comparada a nenhum outro município do Brasil, sendo a maioria destes dedicadas à manutenção de somente serviços de atenção básica.

No entanto, sabe-se que a grande desvalorização das políticas de saúde preventiva, com cada vez menos recursos alocados para tais finalidades, provocaram um aumento das enfermidades e, com isto, uma maior demanda por serviços de atendimento médico, ambulatorial e hospitalar. Particularmente no que se refere ao Rio de Janeiro, a demanda é maior neste município pelo fato de sua rede de saúde ser bastante consistente, caracterizando-se em um polo regional de atração de demanda por tais serviços. Os demais municípios da região metropolitana, bem como os do interior do estado, possuem uma rede mais precária que a existente no município carioca, contribuindo ainda mais para que a população se direcione para a capital do estado em busca de atendimento.

Isto se explica pela presença substancial de hospitais e centros de atendimento tanto municipais quanto estaduais e federais. Há também a presença de aparelhos de saúde especializados, como o INCA (Instituto Nacional do Câncer) e o INTO (Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia), sendo ambas pertencentes ao governo federal, bem como a existência de grandes centros de diagnósticos por imagem, como o RIOIMAGEM, sob a gestão estadual.

Em média, considerando os três últimos anos, sob a ótica das receitas estimadas e despesas fixadas, o município do Rio de Janeiro tem que financiar aproximadamente dois terços do seu orçamento de saúde. A União é o segundo ente que mais destina recursos à saúde pública carioca, mediante transferências do SUS do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, sendo muito superior às destinações de recursos à saúde provenientes do governo estadual do Rio de Janeiro. Tal fato garante uma relativa autonomia do MRJ em manejar seus recursos e conduzir a sua política de saúde e controlar a qualidade e a expansão dos seus serviços prestados à população.

Em relação ao exercício de 2020, no que tange às receitas oriundas das transferências, os repasses do governo estadual do Rio de Janeiro tiveram um aumento considerável em virtude da crise sanitária da Covid-19, sendo tais caracterizando-se por repasses de fundo a fundo.

Da mesma maneira, houve também um aumento dos repasses federais ao MRJ. No entanto, analisando-se as transferências da União como um todo, comparando-se a execução com o planejamento orçamentário de 2020, houve o bloqueio de algumas transferências correntes e de capital entre a União e o MRJ, como as destinadas à área de saneamento básico, e consequente remanejamento das verbas para a saúde pública municipal, sem que houvesse prejuízo no total de transferências programadas pelo governo federal ao governo carioca.

Complementarmente, constata-se que, neste mesmo período de 2020, houve um aumento expressivo do total das despesas empenhadas relacionadas à saúde pública municipal do Rio de Janeiro para fazer frente ao combate à pandemia da Covid-19. Boa parte destes gastos constitui em investimentos, das quais houve um crescimento vertiginoso das dotações denominadas “despesas de capital”: do valor inicial de R\$9.306.680,00 para o valor atualizado de R\$175.169.825,95, o que corresponde a um acréscimo de 1.782,2%. Tais recursos foram destinados principalmente à ampliação de leitos de UTI nos hospitais municipais já existentes e à criação de hospitais de campanha pela cidade.

6.1.1 O Sistema de Planejamento Orçamentário e os Gastos com a Saúde

Neste tópico buscou-se analisar o sistema de planejamento orçamentário brasileiro a fim de entender o planejamento e a estruturação orçamentária da política de saúde municipal do Rio de Janeiro. Conforme previsto na Constituição Federal de 1988, cada ente da federação possuirá três instrumentos de planejamento: o PPA, a LDO e a LOA.

O Plano Plurianual (PPA) caracteriza-se em um plano macro e de longo prazo que tem vigência durante quatro anos, iniciando-se no segundo ano do mandato em que for elaborado e se encerrará ao final do primeiro ano do mandato subsequente. Tal instrumento estabelece as diretrizes, objetivos e metas para o período a que se refira, dispõe sobre as despesas de caráter continuado, bem como as despesas de capital e outras dela decorrentes (BRASIL, 1988).

Esta peça orçamentária caracteriza-se por ser um excelente instrumento para a avaliação de programas e políticas públicas, mas que não atende a finalidade da análise do presente tópico. Assim, não se considerou o PPA na análise dos gastos municipais com saúde, uma vez que nele não consta o planejamento dos valores a serem despendidos ao longo do seu

período de vigência e dentre as diferentes áreas temáticas, somente constando os programas de trabalho, bem como as suas respectivas metas e indicadores de acompanhamento de resultados.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que deverá ser compatibilizada com o PPA, define as metas e prioridade para as despesas no exercício a que se referir, orienta a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA), dispõe sobre as alterações na legislação tributária e estabelece a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento (BRASIL, 1988). Como a LDO orienta a elaboração da LOA, sendo somente esta que trata sobre a alocação das despesas com saúde, não será tratada nesta pesquisa.

Já a LOA consiste no orçamento público propriamente dito, pois nela consta o total de despesas fixadas e o montante de receitas previstas de serem arrecadadas ao longo de um determinado exercício financeiro, que corresponde ao ano civil (BRASIL, 1988).

A forma de elaboração atual dos instrumentos de planejamento orçamentário do Brasil – que consiste no PPA, LDO e LOA – é classificada como do tipo misto, uma vez que envolve o desenvolvimento conjunto de dois Poderes da República: sua confecção é de incumbência do Poder Executivo – o qual elabora o planejamento das ações e programas governamentais, estima as receitas a serem arrecadadas para cada exercício – e sua aprovação cabe ao poder legislativo cuja autonomia o permite, inclusive, rejeitar ou alterar a proposta original enviada pelo Executivo (OLIVEIRA, 2006).

Com base no referido PPA 2018-2021, ainda em vigor, foi analisado as leis orçamentárias anuais, a qual dispõe sobre as receitas previstas e despesas fixadas, para cada um dos anos que abarcam o período de 2018 até 2021.

No quadro abaixo, levantou-se os números referentes à receita e despesa previstas nas leis orçamentárias anuais do ente municipal do Rio de Janeiro, segregados por categoria econômica:

Tabela 1 - Receitas previstas do Orçamento da Seguridade Social do MRJ.

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	TOTAL 2021	% *	TOTAL 2020	% *	TOTAL 2019	% *	TOTAL 2018	% *
2	RECEITAS DE CAPITAL	70.000.000	-	168.709.305	-	7.813.367	-	196.158.000	-
2.1	TRANSFERÊNCIAS DE CAPITAL	0	-	0	-	0	-	2.000	-
2.1.1	OUTRAS TRANSFERÊNCIAS DE CONVENIOS A	0	-	0	-	0	-	2.000	-

	REALIZAR DA UNIAO - PRINCIPAL - ADMINISTRACAO DIRETA - SEGURIDA DE SOCIAL (UNIÃO)								
1	RECEITAS CORRENTES	9.413.326.487		8.361.690.081		7.661.895.622		6.677.805.817	
1.1	TRANSFERENCIAS CORRENTES	3.648.022.542		2.271.575.969		1.693.500.196		1.569.208.004	
1.1.1	TRANSFERENCIA DE RECURSOS DO SISTEMA UNICO DE SAUDE - SUS - CUSTEIO DAS ACOES E SERVICOS PUBLICOS DE SAUDE (UNIÃO)	1.747.004.731	27	1.548.123.375	27,4	1.383.724.459	26	1.385.241.518	23
1.1.2	TRANSFERENCIA DE RECURSOS DO ESTADO PARA PROGRAMAS DE SAUDE - REPASSE FUNDO A FUNDO (ESTADO DO RJ)	257.938.211	4	93.277.752	1,7	0	0	0	0

Fonte: Leis Orçamentárias Anuais do MRJ: Orçamento da seguridade social 2018, 2019, 2020 e 2021.

* – Percentual representativo da receita prevista para um determinado exercício em relação ao total das despesas com a função saúde referentes ao mesmo período de comparação (cujos dados estão presentes na Tabela 2)

A tabela acima dispõe sobre as receitas municipais, vinculadas por ente federativo, do orçamento da seguridade social, previstas na lei orçamentária anual do ano de 2020, especificamente destinadas à aplicação na área da saúde. O orçamento da seguridade social abarca os orçamentos destinados à cobertura de gastos com saúde, previdência e assistência social.

Dentre as receitas do orçamento de seguridade social provenientes de transferências correntes previstas para 2020 aos cofres do Município do Rio de Janeiro (R\$2.271.575.969), ele receberá da União e de suas entidades para custeio das ações e serviços de saúde o correspondente a R\$1.548.123.375. Em relação ao conjunto de receitas municipais do Orçamento da seguridade Social, as transferências federais representam 68,2%.

Ao se observar os gastos com saúde, percebe-se que o município dispõe, contemplando-se o total de despesas fixadas em 2020, de R\$5.646.082.985,00, montante 6,5% inferior ao total fixado em 2018. Esta redução é decorrente do forte encolhimento das despesas de capital (de R\$367.797.074,00 para R\$11.843.231,00, o que corresponde a uma contração de 3.005,5%).

Tabela 2 - Despesas Fixadas do Orçamento da Saúde do MRJ.

ESPECIFICAÇÃO	TOTAL FIXADO 2021	TOTAL FIXADO 2020	TOTAL FIXADO 2019	TOTAL FIXADO 2018
ORÇAMENTO DA SAÚDE	6.496.923.137	5.646.082.985	5.300.448.508	6.011.397.303

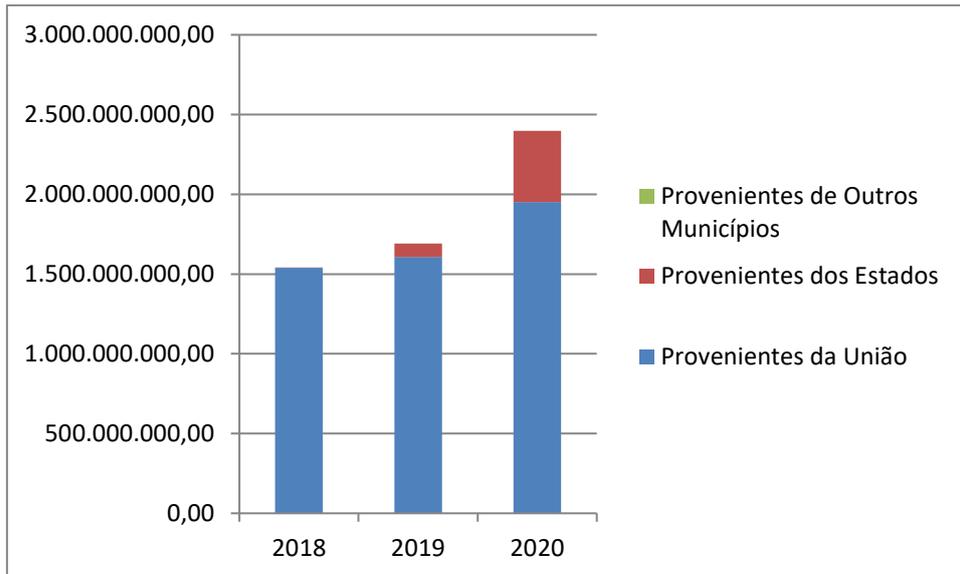
Fonte: Leis Orçamentárias Anuais do MRJ: Orçamento da seguridade social 2018, 2019, 2020 e 2021.

Ao se comparar a despesa programada com as receitas de transferências vinculadas previstas para a saúde, constata-se que o governo federal responde por 27,42% desta despesa, o governo estadual por uma parcela ínfima de 1,65% no ano de 2020 e o MRJ assume todos os 70,93% restantes, correspondente ao montante aproximado de 4 bilhões de reais.

6.1.2 A Execução Orçamentária da Saúde Municipal.

Uma vez pesquisado os montantes de recursos provisionados para a área da saúde pública municipal, é importante verificar se tais dispêndios foram, de fato, efetuados ao longo dos exercícios que integram o período de vigência do PPA 2018-2021. A fim de ilustrar esse movimento, o documento indicado é a prestação de contas do MRJ, elaborado pela Controladoria Geral do Município do Rio de Janeiro (CGM-Rio). A seguir, apresenta-se o gráfico 1, que demonstra tais movimentações de recursos públicos ao longo dos três últimos anos (2018, 2019 e 2020), exceto do ano de 2021, pois ainda não havia a prestação de contas correspondente a este exercício:

Gráfico 1 - Transferência De Recursos SUS - Receitas Realizadas



Fonte: Relatório de Prestação de Contas da Controladoria Geral do Município do Rio de Janeiro referente aos exercícios de 2018, 2019 e 2020.

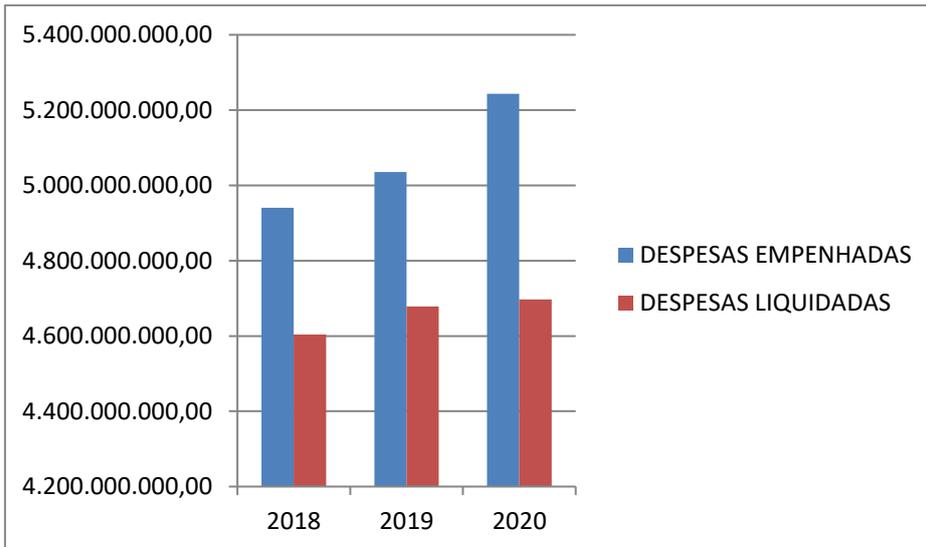
Observa-se pelo gráfico 1 que a União Federal responde pela quase totalidade das transferências do SUS ao MRJ. Assim, o governo federal possui grande relevância no direcionamento das políticas públicas de saúde, tanto em nível nacional quanto no caso específico da cidade do Rio de Janeiro.

Esta importância orçamentária do nível central só reforça o relevante papel da União na coordenação do SUS e o estabelecimento de diretrizes para a saúde pública. Atualmente, ainda é muito incipiente o exercício deste seu papel de liderança, na qualidade de principal coordenador e articulador da política de saúde em todo o território nacional. A União transfere os recursos aos entes subnacionais, mas não se preocupa com a qualidade do gasto, mediante o estabelecimento de *standards* (padrões na prestação dos serviços).

Complementarmente, o gráfico 2 (logo abaixo) demonstra o vultoso orçamento do MRJ, ressaltando que a participação da União, ainda que relevante, corresponde a, aproximadamente, um terço do total das despesas empenhadas na saúde pública carioca. As despesas empenhadas correspondem ao comprometimento do crédito orçamentário no exercício financeiro.

Já as despesas liquidadas são aquelas voltadas à verificação da efetiva prestação do serviço ou fornecimento dos bens pelas contratadas, reconhecendo a dívida do Poder Público que, no caso, é o MRJ. Estas, de acordo com o gráfico 2, foram um pouco abaixo das despesas empenhadas, o que demonstra que o gasto foi efetivamente realizado no exercício a que se referem.

Gráfico 2 - Despesas Com Saúde pelo MRJ.



Fonte: Relatório Resumido da Execução Orçamentária que consta na Prestação de Contas Anuais da Controladoria Geral do Município do Rio de Janeiro, referente aos exercícios de 2018, 2019 e 2020.

6.2.O modelo federalista brasileiro e o SUS.

O federalismo, para Márcia Soares (2012), se caracteriza por ser uma configuração de organização e controle do poder político do Estado o qual se constitui pela existência de uma dupla autonomia do território: um governo central, o qual consiste na esfera nacional, responsável por gerir o território nacional; e outro ente descentralizado, que constituem nos governos subnacionais e que administram uma parcela delimitada do território. O efeito notório da federação é a descentralização do poder político, dividindo-o dentre várias esferas de governo que, diante de um desenho institucional de controles mútuos, restringem o seu exercício por cada nível de governo e possibilitam uma unidade política nacional (SOARES, 2012).

Desta forma, propicia-se o maior benefício possível da centralização política – uma vez que preserva o governo central e sua função de realocação de recursos, através da arrecadação de tributos e da elaboração de políticas públicas de promoção de equidade social – com a descentralização territorial em componentes autônomos regionalizados – pois proporciona a autonomia às comunidades territoriais que integram o Estado para tratar de temas e problemas específicos, lidando, assim, com as heterogeneidades existentes no território (SOARES, 2012).

Normalmente, o federalismo pressupõe democracia e Estado de Direito, uma vez que os regimes não democráticos, de um modo geral, não aceitam a autonomia dos entes constitutivos e o Estado Nacional se dá pela coerção decorrente do autoritarismo. Adicionalmente, em tais regimes não há garantias legais para se assegurar o pacto federativo e a consequente

organização territorial (SOARES, 2012). Para haja tais condições é necessário um Estado democrático liberal onde o governo respeite as leis (SOARES, 2012).

Além destes pressupostos, a descentralização do poder político – nas esferas administrativa, fiscal, legislativa e política – é uma característica do federalismo, porém as relações entre governo central e os entes subnacionais são dotadas de certa hierarquia, com o governo federal ocupando o ápice desta. Assim, as unidades territoriais se subordinam, devendo obediência, ao governo nacional, em menor ou maior grau, dependendo do país (SOARES, 2012).

Segundo George Anderson (2009), há duas formas diferentes de repartição de poderes nas federações: o dual e o integrado. Diversos Estados expõem elementos de ambos. O modelo dual é aquele que define uma jurisdição diferente para cada nível de governo o qual se responsabilizará pela gestão de seus próprios programas e serviços ofertados. Já o modelo integrado se caracteriza pela participação conjunta no exercício do poder, mediante o compartilhamento de competências, ficando os governos subnacionais com a gestão dos programas de forma adequada aos dispositivos legais e regulamentares fixados pelo governo federal. O Brasil, para o autor, é o caso de uma federação extensamente dualista. No entanto, no caso específico do SUS, existem elementos de um modelo integrado e que, por isto, exige algum nível de coordenação entre os entes do Poder Público para um maior nível de eficiência e eficácia da política de saúde pública.

É uma característica de todas as federações o fato de os governos centrais captarem uma parcela maior dos recursos do que precisam despende (ANDERSON, 2009). Tal realidade faz com que se torne necessário clarificar sobre a chamada “brecha vertical”. O conceito deste termo consiste na:

diferença entre o volume de encargos efetivamente assumidos pelos governos subnacionais (GSN), medido pelo gasto final por eles realizado, e o volume de recursos que esses governos podem obter autonomamente, a partir das bases tributárias que lhes são atribuídas, sem dependerem de transferências federais (PRADO, 2015, p.9).

Esta defasagem de recursos, ou *gap*, pode ser mensurada pela “relação entre recursos próprios dos GSN e recursos a eles transferidos pelo Governo Central (...)” (PRADO, 2015, p.9). De acordo com Sérgio Prado (2015), as suas causas consistem nas seguintes razões a serem evidenciadas nos dois parágrafos abaixo.

A primeira causa consiste no fato de que, nos modernos sistemas federativos, a atribuição para o controle dos principais impostos compete ao governo federal, provocando uma centralização tributária, o que é visto como necessário, em alguns casos, com vistas ao

atendimento da eficiência tributária, uma vez que a União detém um alcance de jurisdição de todo o território nacional e, assim, poderia observar e garantir a uniformidade do imposto no país. Assim, seria pouco eficiente que os entes subnacionais definissem suas alíquotas, pois induziria a modificações na localização da atividade produtiva e nos fluxos de comércio que se organizariam para a captura de vantagens tributárias locais ou regionais ao invés de se pautar pela busca da eficiência produtiva e logística;

A segunda causa reside no fato de conferir aos governos centrais dois deveres ou atribuições que consistem: a) a de mitigar as discrepâncias existentes entre governos da mesma esfera de poder em termos de disponibilidade para a realização de gastos, operando “sistemas de equalização através de transferências” (PRADO, 2015, p.10); e b) direcionar discricionariamente a quantidade de recursos a serem destinados aos demais níveis de governo, o que lhe garante o poder de determinar requisitos ou objetivos para a consecução de programas que estão sob sua coordenação ou que cujo dever de cumprimento deva recair sobre os entes subnacionais.

Um exemplo do caso previsto neste tópico “b” é o do próprio SUS, uma vez que consiste em um programa nacional. Sendo assim, a responsabilidade recai de forma repartida entre a União, ao qual cabe o papel de coordenação e avaliação do sistema, e aos entes subnacionais, aos quais cabem a sua execução. O governo central destinará os recursos do SUS, assim como de outros programas, mediante transferências federais. No entanto, as transferências possuem naturezas distintas e que devem ser especificadas.

Segundo classificação de Sérgio Prado (2015), existem dois tipos de transferências que são realizadas entre as esferas de governo: as transferências livres e as legalmente definidas. As transferências livres correspondem àquelas que estão disponíveis às esferas subnacionais para serem alocados livremente em seus orçamentos para fins eliminação da brecha vertical. Ela é composta pela devolução tributária – onde o governo central arrecada e devolve ao ente regional/local – e de parcelas redistributivas – as quais são entregues aos entes inferiores sem qualquer correspondência com o que poderiam ter arrecadado a partir de suas bases tributárias e visam a reduzir as desigualdades horizontais em capacidade de gasto.

Por outro lado, esta modalidade de transferência se contrapõe às transferências condicionadas, consistindo nos recursos que não habilitados para uma livre alocação por parte dos entes, tendo, assim, que ser direcionados a setores ou funções previamente estabelecidas e, com isto, se caracterizando em uma predominância, em termos de responsabilização e poder, do governo federal sobre os orçamentos dos demais níveis da federação, mediante o uso de normas e prioridades de interesse nacional. As transferências condicionadas são formadas pelo

que o autor denomina por “COND”, sendo atreladas a exigências de cunho legal e/ou constitucional, e “VOL”, as quais são decorrentes de decisões discricionárias do governo central em termos de definições quanto aos direcionamentos dos recursos em seus orçamentos anuais. O SUS é um exemplo brasileiro de transferências condicionadas (PRADO, 2015).

Já as transferências legalmente definidas possuem um regramento, imposta por força de lei ou da constituição, quanto aos montantes a serem destinados pelos governos superiores aos inferiores. Tal tipo de receita contrasta como as transferências voluntárias, as quais decorrem do processo orçamentário dos governos superiores, estabelecidas a cada exercício financeiro e sem qualquer imposição legal ou constitucional (PRADO, 2015).

O grau de autonomia dos governos subnacionais vai depender, primeiramente, do tamanho da brecha vertical, mas também da parcela das transferências que são livres de condicionantes, indicando que os entes subnacionais podem alocá-las conforme sua vontade por meio de suas leis orçamentárias. O autor também ressalta que tal autonomia dos governos estaduais e municipais depende da parte das receitas condicionadas que são legalmente estabelecidas, de maneira que se garanta a transferência continuada de recursos e diminua a ingerência política do governo central sobre a destinação dos mesmos (PRADO, 2015).

Neste trabalho, para fins de análise do grau de autonomia do MRJ na gestão de sua política de saúde consideraram-se somente as receitas decorrentes de transferências condicionadas pelos demais entes. Assim, não se mensurará a brecha vertical e nem as transferências livres, uma vez que estas não entraram no computo do grau de financiamento pelas demais esferas de governo, sendo esta considerada uma receita totalmente desvinculada que ingressa nas contas do MRJ. Por isto, estas últimas não serão abarcadas para avaliação do nível de autonomia do ente municipal.

Dentro da temática específica das transferências, existem peculiaridades do Federalismo fiscal brasileiro. A primeira delas consiste nas transferências federais às esferas locais, pois, nas demais Federações, não são usuais as transferências diretas do ente central para os municípios, uma vez que estes são subordinados aos estados e, desta forma, busca-se preservar essa relação nas movimentações dos recursos. Isto é realizado, em grande parte, através das transferências vinculadas do SUS.

O SUS enquadra-se como sendo um programa nacional. Segundo a portaria MPOG nº 42/99, um programa consiste em um “instrumento de organização da ação governamental, visando à concretização dos objetivos, sendo mensurado por indicadores estabelecidos no plano plurianual”. Assim, segundo Sol Garson (2015), os programas consistem na demonstração de soluções advindas do Poder Público para resolver ou atenuar um problema social identificado,

buscando suprir as necessidades por meio de projetos e atividades voltadas às políticas públicas que abarcam uma determinada área de atuação estatal.

No entanto, um programa nacional caracteriza-se, do ponto de vista orçamentário, em um sistema de transferências do ente federal às esferas subnacionais, baseadas em legislações de âmbito nacional, onde a União exerce a coordenação e o controle das políticas e dos serviços prestados.

A saúde pública é financiada, de acordo com Sol Garson Pinto (2021), com recursos próprios vinculados e mediante as transferências intergovernamentais do SUS, tendo um caráter redistributivo e sendo destinadas, de maneira geral, ao pagamento de despesas de custeio decorrente da prestação de serviços de saúde, exceto de pessoal, e o financiamento de investimentos na área. Desta forma, os recursos próprios vinculados correspondem, segundo a Emenda Constitucional nº 29/2000 e disposta na Lei Complementar nº 141/2012, no caso dos municípios, a uma aplicação mínima de 15% da receita arrecadada com IPTU, ISS, ITBI e IRRF e das transferências constitucionais recebidas que correspondem ao FPM, a LC 87, ao IPI-ex, ao ICMS e ao IPVA.

Outra alteração importante com impactos sobre a Atenção Primária de Saúde (APS) diz respeito ao seu modo de custeio, discutida no âmbito do Ministério da Saúde, resultando na inauguração de um novo modelo em 2019, chamado “Previne Brasil” (Brasil, 2019b). O critério voltado a incentivos às ações estratégicas passaram a aglutinar todos os incentivos que anteriormente integravam parte dos parâmetros para as transferências entre fundos e foram elaborados mais dois: a capitação ponderada e o pagamento por desempenho (IPEA, 2021).

A capitação ponderada, segundo o IPEA (2021), modifica o preceito para a realização das transferências *per capita*, retirando a centralidade sobre o total de habitantes no local e incluindo a totalidade de indivíduos cadastrados nas unidades de saúde, além das vulnerabilidades socioeconômicas, a criação de um perfil demográfico e um parâmetro geográfico.

O chamado “perfil demográfico” atribui uma ponderação maior para municípios com maior população infantil, até 5 anos, e idosa, acima de 65 anos. Já o parâmetro da vulnerabilidade prioriza os municípios com maior número de cadastrados no Programa Bolsa Família (PBF) e no Benefício de Prestação Continuada (BPC), além dos contemplados por benefícios previdenciários cujo valor recebido não alcance dois salários mínimos. O parâmetro geográfico busca beneficiar mais os locais onde existem residentes em espaços afastados. Já o pagamento por desempenho, segundo o IPEA (2021), visa a estimular a melhoria do

desempenho da atenção primária, mediante a sua aferição por indicadores criados pelo Ministério da Saúde e acordados na Comissão Intergestores Tripartite.

Diversos autores contestaram tais alterações realizadas no modelo. Estas se fundamentam no abandono da base territorial e coletiva como centralidade e a priorização da concentração no cuidado de cada pessoa, isoladamente que juntamente com a diminuição dos agentes comunitários de saúde, retira o foco voltado para a universalidade dos serviços de saúde pública (IPEA, 2021).

6.3. O modelo de “Estratégia de Saúde da Família” (ESF).

O modelo de atendimento de “Estratégia de Saúde da Família” apresenta similitudes com uma gestão voltada para a saúde voltada à comunidade, bem como a de saúde da família promovida em países como Cuba e Inglaterra. O ESF abarca o cadastramento dos cidadãos, a delimitação do recorte territorial para cada equipe de atuação e a concentração dos esforços de cuidado sobre uma perspectiva familiar.

No entanto, o modelo que caracteriza o caso brasileiro se distingue dos demais devido à promoção de uma gestão municipalizada e, portanto, mais descentralizada, subdividido em unidades menores que buscam agir junto aos residentes situados em localidades dentro de recortes territoriais mais específicos em termos dos perímetros de alcance. Tais setores são denominados por “Unidades de Saúde da Família” e que assumem o encargo sobre o cadastramento e acompanhamento das famílias que habitam em suas áreas de amplitude de ação.

A Estratégia da Saúde da Família é dividido em equipes que buscam focalizar na relação entre o profissional e a comunidade, aliada a uma atuação vigilante e em ações de cuidado integral e continuado de cada família. Estas equipes são integradas por profissionais de saúde de diferentes áreas de formação, uma vez que isto permite uma melhor compreensão em conjunto de uma realidade de saúde familiar e comunitária, gerando intervenções profiláticas e resolutivas provavelmente mais eficazes em termos de tratamentos e atendimentos.

7. O GERENCIALISMO NA SAÚDE PÚBLICA: O CASO DE UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA DA ZONA NORTE DO MRJ.

Neste capítulo realizou-se a pesquisa de campo a fim de se verificar os efeitos, em nível micro, acerca das aplicações do modelo de gestão gerencial no caso de uma clínica da família localizada na zona norte da cidade. Desta forma, buscou-se levantar as vantagens e desvantagens deste modelo a partir das informações obtidas por meio da observação direta em campo. Com isto, visou-se a atender o objetivo específico nº 3, elencado no tópico denominado “objetivos geral e específicos” da presente dissertação.

7.1.O fenômeno da gerencialismo no Brasil: aspectos gerais.

A ascensão do gerencialismo inspirou-se em princípios e práticas, na gestão corporativa, na década de 90 (CAVALCANTI & DE LUCA, 2013; BEVIR, 2010), diante de um cenário interno de crise do endividamento público e de ascensão dos ideais neoliberais atrelados a uma menor intervenção do Estado e uma maior abertura de atuação do capital privado (FONTES, 2005). No entanto, na visão de Dardot e Laval (2016), este processo histórico de amadurecimento do pensamento neoliberal teve origem e foi gestado dentro dos Estados, os quais “introduziram e universalizaram na economia, na sociedade e até neles próprios a lógica da concorrência e o modelo de empresa” (2016, p.17).

Segundo Ribeiro e Alcoforado (2016), a inauguração da Nova Gestão Pública (NGP) foi uma resposta inspirada pelos fundamentos da economia institucional e pela crítica ao modelo burocrático weberiano, buscando uma atenuação dos efeitos decorrentes deste último, como a rigidez hierárquica (BEVIR, 2010). Assim, busca-se priorizar, mediante uma visão horizontal das estruturas estatais em relação aos entes privados (DARDOT & LAVAL, 2016), a cooperação entre eles, destacando as organizações do setor privado e os arranjos de gestão descentralizada (PROENÇA JÚNIOR *et al*, 2009).

Cabe ressaltar que as mudanças históricas de modelos de gestão pública, passando pelos três principais (patrimonialista, burocrático e gerencialista) não se caracterizam em “etapas de evolução” na forma de se gerir a administração pública, mas sim na maior ênfase atribuída a determinados valores, objetivos em detrimento de outros que eram valorizados anteriormente e

as quais implicam em mudanças na forma de organização e funcionamento de serviços públicos, como é o caso da saúde pública. Assim, os três modelos coexistem no momento presente, sendo que o termo “superação” empregado, ao se comentar acerca da ascensão do gerencialismo sobre a gestão burocrática, não implica na eliminação de um modelo para dar lugar a outro. O modelo gerencial reflete uma narrativa de um paradigma de gestão de ponta, significando o “estado da arte” dentro do campo, inspirada na forma como se dá a gestão de empresas privadas.

Adicionalmente, o que se entende por governança pública, a qual emerge dentro do contexto de ascensão do modelo gerencialista, envolve a capacidade de cooperação entre Estado, mercado e sociedade na operacionalização de políticas públicas, assumindo distintas arrumações conjuntas (BATISTA, 2016; KISSLER & HEIDEMANN, 2006). Com isso, redireciona-se a posição estatal do lugar da soberania para o âmbito do espaço cedido para a intervenção e a construção coletiva das políticas públicas engendradas (BATISTA, 2016). Com isto, o Estado passa a assumir, portanto, um papel de “mero regulador, ou indutor, ou articulador, ou certificador das regras desses jogos” (PROENÇA JÚNIOR *et al*, 2009, p.8).

Diante da introdução de um Estado meramente regulador, como é operacionalizado o controle segundo o paradigma gerencialista no setor público brasileiro? Conforme já exposto, a administração pública gerencial busca focar no controle de resultados atingidos, o que pode ser percebido como sendo uma vantagem deste modelo. No entanto, há uma desvalorização do controle sobre os processos administrativos, sendo este característico da gestão burocrática, modelo anteriormente empregado pela administração pública.

Adicionalmente, já se discorreu também que o principal mecanismo de exercício do controle gerencial consiste na chamada “contratualização de resultados”. De acordo com Carnut e Narvai (2016), a particularidade deste modelo de gestão que se fundamenta na entrega, como finalidade última, de resultados baseados nas metas acaba por simplificar a amplitude da ação administrativa, tornando todos os demais produtos subjacentes e intangíveis como sendo inerentes aos processos medidos e avaliados. Um exemplo disto, segundo estes autores, é o quesito do controle de qualidade.

A literatura, segundo Kettl (1997), aponta para duas vertentes dentro da esfera do controle: existe o que chama por “fazer os gestores gerirem”, o qual se baseia na estipulação de incentivos com vistas estimular determinados comportamentos desejáveis; e há a corrente a qual se orienta por “deixar os gestores gerirem”, que prerroga a retirada de impecílios à gestão pública, como determinadas regras, estruturas engessadas e procedimentos que inviabilizam as tarefas que envolvem o gerir. Na primeira vertente, a contratualização de resultados funciona como um método de controle da atividade dos gestores através do estabelecimento de

gratificações e punições. Já na segunda disposição, enfatiza-se tal mecanismo como uma forma de promover a coordenação e o aprendizado nas organizações (CARNUT & NARVAI, 2016).

A administração brasileira se indentifica com a primeira vertente apontada, segundo Carnut e Narvai (2016). Segundo estes autores, o caso brasileiro sustenta-se na possibilidade na mudança da forma de condução das rotinas do trabalho, com estímulo a iniciativas empreendedoras pelos gestores, considerando-se o engessamento dos procedimentos e do rigor legal quanto aos processos burocráticos que envolvem a execução do orçamento público.

Mas por que a área de saúde pública foi escolhida para a implantação do modelo gerencial de gestão? Considerando-se o contexto brasileiro, onde o Estado produz serviços e promove iniciativas de saúde, e coexistindo com prestações realizadas por particulares, com ou sem fins lucrativos, a realização de investimentos eficientes e o controle dos mesmos torna-se relevante e preciso (CARNUT & NARVAI, 2016).

Segundo Fayol (1990), pertencente à Teoria Clássica, há cinco funções que envolvem a administração: previsão e o planejamento, a organização, o comando, a coordenação e o exercício do controle. Diante disto, o presente trabalho de pesquisa focou somente na “função controle” a qual implica em avaliar o desempenho dos órgãos e entidades, públicas e privadas, envolvidas com a prestação de saúde.

Segundo João Paulo Vieira (2016, p.1), são considerados como mecanismos de controle das organizações sociais:

o Controle Gerencial realizado pela própria organização social; o Controle Interno realizado pela Prefeitura; o Controle Externo realizado pelo Poder Legislativo, enfatizada a atuação do Tribunal de Contas do Município; e o Controle Público realizado pelo Ministério Público.

Ainda segundo João Paulo Vieira (2016), a sua pesquisa aponta para a existência de fragilidades nos controles da administração pública, em especial no controle interno e, portanto, contemplam os sistemas avaliativos. É importante ressaltar as fragilidades que envolvem a avaliação – e, portanto, referente ao controle – de serviços de saúde, com base nos fundamentos gerencialistas adotados pela SMS-Rio: (i) a avaliação se dá por contrato de gestão assinado e (ii) a avaliação baseada em metas acaba por desestimular comportamentos não avaliados, reforçando que “somente o que é avaliado será feito”.

A primeira fragilidade acaba por evidenciar a fragmentação institucional do modelo gerencial das OSS já teorizada, onde não há uma avaliação mais ampla e completa do sistema de saúde como um todo, abarcando a totalidade do atendimento aos cidadãos que dão entrada no SUS e percorrem vários equipamentos de saúde até a finalização de seus tratamentos.

O segundo aspecto enfatizado consiste em um “efeito colateral” da avaliação sob o

paradigma gerencialista sobre a dinâmica de funcionamento das equipes: como o foco do trabalho dos profissionais acaba por se voltar para o atingimento de algumas metas, outras atividades que eram realizadas por eles, por não serem monitoradas, podem deixar de serem realizadas ou realizadas com menos qualidade ou frequência. Tais fatores podem afetar a qualidade dos serviços prestados ou obstaculizar o alcance de alguns objetivos estabelecidos para uma política pública.

Somado a isto, o que torna o modelo gerencial sempre impreciso e restrito, no que se refere a sua aplicação sobre os serviços de saúde, deve-se ao fato da impossibilidade de sua padronização, ou difícil uniformização, devido à elevada variabilidade de condições (SPILLER *et al*, 2009). Apesar desta característica consistir em um atributo inerente aos serviços em geral, ela é mais marcante no que tange aos serviços de saúde. O argumento que fortalece essa conclusão reside no fato deste serviço, principalmente se voltado à saúde da família, ser altamente dependente da prática de competências interpessoais. Assim, tal serviço, para ser bem prestado, deve envolver, por parte dos profissionais, a escuta atenta, o exercício de habilidades de comunicação e a empatia para com os pacientes a fim de que haja uma exposição maior de informações úteis ao diagnóstico (MENDES, 2011).

Por fim, cabe ressaltar que o serviço de saúde é altamente fragmentado: um paciente, durante o seu tratamento até a resolução do seu problema, percorre diversas organizações que prestam diferentes serviços dentro do sistema, desde o diagnóstico até a realização de procedimentos cirúrgicos (Nusbaumer, 1984). Tal fato dificulta a avaliação da qualidade do serviço de saúde pelo usuário.

7.2. Instrumento de controle municipal: o contrato de gestão da CAP 3.1 e UPA Alemão.

Antes de discorrer acerca do caso específico do contrato de gestão da CAP 3.1 e da UPA Alemão, a qual abarca a área onde está situada a CF investigada pela pesquisa, é importante discorrer acerca do conceito do que venha a ser “relações (e conflitos) de agência” bem como acerca da definição e atributos inerentes aos contratos administrativos.

Pode-se apontar dois pressupostos principais dos conflitos de agência: a não existência de um agente perfeito (JENSEN e MECKLING, 2008); e a impossibilidade de existir contratos que sejam completos (KLEIN, 1985). Sobre primeiro tópico abordado, reside o fato de que cada ator social vai buscar defender seus interesses como forma de se extrair o maior benefício possível para si e/ou para seu grupo dentro do ambiente social de disputa de interesses quando antagônicos e, por vezes, excludentes. No entanto, em um contexto organizacional, é preciso cooperar e exercer um trabalho em conjunto para a consecução dos objetivos existentes para esta coletividade constituída, configurando-se em interesses comuns.

A partir desta situação potencialmente conflituosa, o entrave central do relacionamento entre dois atores relevantes dentro da administração pública – os gestores públicos e os mandatários – reside, segundo Cavalcanti e De Luca (2013), na assimetria de informações. De acordo com os autores, o principal, na qualidade de controlador dos recursos orçamentários, depende de informações dos agentes (correspondente aos gestores) para o acompanhamento de resultados da gestão pública, mas que são, muitas das vezes, transmitidas de maneira pouco acessível ou compreensível, ou seja, ainda que sejam transmitidas de maneira completa, exige-se uma “disponibilidade de acesso” (KELM et al, 2017, p.5) ou uma “capacidade de uma interpretação mais ampliada dos dados” (*ibidem*). Isto ocorre pelo fato destes gestores possuírem um nível de qualidade e profundidade de entendimento informacional muito superior em relação aos mandatários (CAVALCANTI& DE LUCA, 2013).

Diante do exposto, uma solução para dirimir ou amenizar os potenciais embates decorrentes de situações conflituosas entre os diferentes grupos de stakeholders consiste no estabelecimento de um contrato o qual deva assegurar direitos e obrigações a cada um dos partícipes e envolvidos direta ou indiretamente. Diante disto, recai-se no segundo tópico supracitado: a impossibilidade de um contrato perfeito. Em outras palavras, segundo Klein (1985), não há viabilidade em existir um contrato que contemple de forma perfeita os interesses de todas as partes relacionadas uma vez que se torna impossível descrever a totalidade das ações

a serem executadas e, ainda que fosse possível, engessaria a tomada de decisões diante de um contexto externo onde um amplo conjunto de variáveis exógenas e, por vezes, intervenientes nos processos internos, são constantemente mutáveis ao longo do tempo.

Apesar de não ser possível existir um contrato perfeito, um contrato se propõe a ser um instrumento jurídico onde cada uma das partes envolvidas que, à priori, possuem interesses diversos e antagônicos, formalizam compromissos que deverão ser honrados para que parte de seus interesses sejam fruídos ou atendidos efetivamente. Assim, existe a figura do contratante, o qual espera obter o bem ou o serviço prestado, e a contratada, representada por aquele ou aquela que fornecerá o bem ou o serviço e que, em contrapartida, espera obter o pagamento em troca.

No entanto, como o contrato de gestão consiste em uma espécie de contrato administrativo, a legislação confere algumas cláusulas ao Poder Público que se verificam em contratos celebrados entre entes privados no geral. Tais disposições, que trazem um poder maior ao ente contratante em relação ao fornecedor privado, denominam-se por “cláusulas exorbitantes”, uma vez que extrapolam o direito comum. Isto se dá pelo fato da administração pública agir, nos casos de uma prestação de um serviço público, investida em prerrogativas do poder público e, portanto, na defesa do interesse público e tendo este supremacia sobre o privado. São exemplos destas a possibilidade de rescisão unilateral do contrato, de alteração unilateral do mesmo, da encampação, da fiscalização, da possibilidade de aplicação de sanções, dentre outros. Tais exemplos se encontram presentes nos chamados “contratos de gestão”, como é o caso do contrato que abarca a gestão da CF analisada.

A Clínica da Família estudada pertence à CAP 3.1 e, sendo assim, o contrato de gestão, celebrado entre a SMS-Rio e a OSS denominada “Viva Rio” é referente ao chamado Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) da CAP 3.1. Assim, será analisado o contrato de gestão 02/2021, o qual tem como objeto as atividades de “gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde (...)” (2021, p.2) dentro do território pertencente à CAP 3.1 e da UPA (Unidade de Pronto Atendimento) Alemão. Tal contrato entrou em vigor em 01 de junho de 2022, tendo um prazo de dois anos, admitindo-se uma prorrogação por igual período e mais uma outra prorrogação pela metade do período, desde que 80% das metas físicas das Equipes de Saúde da Família tenham sido atingidas.

O referido contrato de gestão destaca que os repasses de recursos públicos estão condicionados ao alcance das metas pactuadas no presente instrumento. A contratada se compromete a perseguir as metas dispostas no programa de trabalho, detalhadas no anexo F do referido instrumento contratual.

É importante ressaltar que, segundo este contrato de gestão, a OSS contratada se compromete a assumir a responsabilidade civil e criminal por conta dos danos e prejuízos causados à administração pública municipal ou a terceiros decorrente da execução do objeto contratual. Desta forma, a contratada assume a responsabilidade sobre os riscos que envolvem a prestação dos serviços públicos de saúde, ou seja, a terceirização envolve tanto os serviços prestados quanto os riscos envolvidos com a responsabilização sobre os eventuais danos gerados à população atendida ou à gestão pública.

Cabe enfatizar também que o presente contrato de gestão transfere não somente a prestação dos serviços finais de saúde, mas a gestão dos recursos públicos. Em outras palavras, a OSS fica responsável por realizar as compras de suprimentos e serviços de manutenção das unidades de saúde, bem como a contratação de profissionais. Tal fato demonstra uma clara evidência de cumprimento da proposta do modelo gerencial de flexibilização da gestão dos equipamentos de saúde, envolvendo a não submissão aos rígidos critérios que envolvem os procedimentos licitatórios que devem preceder as compras públicas e as contratações de serviços bem como ao extenso concurso público que é mandatório para a efetivação de trabalhadores no serviço público.

Assim, esta modalidade de gestão submete-se a um regime jurídico de direito privado, conduzida por um agente privado que utiliza, no entanto, recursos públicos ao invés dos seus recursos. Ou seja, há um evidente conflito de interesses uma vez que a OSS, no exercício da sua autonomia, orienta-se de acordo com seus interesses, voltados ao cumprimento do objeto contratual, que, por vezes, podem contrariar o interesse público voltado à economicidade dos gastos envolvidos nas compras e contratações realizadas com os recursos públicos. Este problema não conseguiu ser equalizado apenas com a assinatura de um contrato de gestão que buscou estabelecer metas às contratadas e à possibilidade de fiscalizações pelo ente público contratante.

Todos os gastos incorridos acabam sendo cobrados ao ente público em última instância, não havendo um risco relevante de prejuízo para a contratada durante a execução do objeto contratual. No contrato, nas alíneas a e b do seu inciso XXIII, os ônus que envolvam dívidas trabalhistas ou débitos previdenciários ou tributários decorrentes de ações judiciais, onde a administração pública tenha responsabilidade subsidiária ou solidária, pode a OSS reter o valor dos repasses devidos até o montante que corresponde à cobrança.

Somado a isso, o contrato de gestão analisado ainda transfere parte do poder regulamentar da administração pública à OSS contratada, conforme disposto no inciso VI. Neste tópico, a Prefeitura concede um prazo de trinta dias corridos a contar da assinatura do

contrato para que a OSS publique no Diário Oficial do MRJ os procedimentos que serão incorporados às suas práticas para a contratação de obras, serviços e compras. Isto reflete a proposta do modelo de proporcionar autonomia às OSSs na execução contratual, ficando a administração pública no controle finalístico do contrato, ou seja, dos resultados atingidos pela contratada. Uma evidência deste fato deve-se ao disposto no inciso XXXV, onde a contratada deve apresentar à contratante um plano estratégico das ações entre os anos de 2021 até 2023, observando-se o orçamento disponibilizado e o cronograma de desembolsos previstos. O disposto na cláusula décima do presente contrato também reforça o controle da administração pública uma vez que rege acerca da prestação de contas por parte da contratada.

Há uma vedação da cessão de parte ou de todo do contrato de gestão pela contratada, somente sendo permitido realizar a subcontratação de serviços atrelados as atividades-meio e/ou atividades-fins mediante responsabilização de forma solidária nestes casos, conforme a cláusula décima segunda do contrato. Tal disposição impõe um limite para a OSS no exercício da sua autonomia e permite um controle mais adequado pela administração pública e pelos órgãos de fiscalização e auditoria, pois o prestador dos serviços fica limitado à mesma pessoa jurídica que corresponde à contratada.

O presente contrato também prevê a fiscalização e o controle amplo, irrestrito e permanente da execução do contrato de gestão pelo Ente Público contratante. O instrumento contratual também prevê o sigilo sobre todas as informações assistenciais dos pacientes bem como as de natureza administrativa relacionadas à execução do contrato.

A contratada também deverá utilizar sistemas informatizados para a execução de gestão assistencial, econômico-financeira e administrativa, bem como alimentar o Painel de Gestão de Parcerias com OS da Prefeitura do Rio de Janeiro.

Outro quesito que merece observância para a presente pesquisa reside no fato de que a contratada, de acordo com o contrato de gestão, deverá assegurar o direito dos pacientes, bem como o atendimento igualitário e universal.

No que tange à transparência dos atos de gestão, as OSS estão obrigadas a publicar relatórios financeiros e de execução contratual no Diário Oficial do Município do Rio até o dia 1 de agosto de cada exercício. As OSS submetem-se à fiscalização da administração pública, a ser realizada por comissão de Avaliação a ser nomeada em resolução do secretário municipal de saúde. A inobservância de cláusulas contratuais pela OS poderá implicar em sanções desde uma advertência até a declaração de inidoneidade de contratar com a administração.

Neste contrato específico assinado para a gestão da AP 1.0, a contratada deverá manter as atividades ligadas às “equipes de saúde da família, equipe de saúde bucal, equipes de

consultório de rua, assistência farmacêutica, Serviços de atenção especializada (SAE) e ao Núcleo Especializado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no TEIAS, da AP-1.0” (2021, p.24).

Pode-se concluir que a estratégia de retroação e controle, por parte da SMS-Rio, em relação à OSS Viva Rio consistiram: (1) na utilização das metas, detalhadas no anexo F do contrato; (2) no emprego de descrição de protocolos que devam orientar o trabalho de profissionais de saúde, como no caso dos ACSs; (3) nas fiscalizações que possam ser realizadas sobre os prontuários eletrônicos dos pacientes; e (4) na promoção de pesquisas de satisfação de amostras coletadas a partir dos prontuários. No entanto, o controle exercido pela SMS-Rio consiste somente no de caráter finalístico, atrelado aos resultados das metas estabelecidas. Tal controle baseia-se na liberação (ou não) dos recursos dependendo dos relatórios de resultados quadrienais apresentados pelas OSSs. Desta forma, o referido contrato não consegue promover uma efetiva fiscalização processual por parte do poder público. O que há é uma mera expectativa da SMS-Rio de que haja um foco da OS na gestão eficiente dos recursos públicos.

7.3. O histórico das mudanças institucionais na prestação de serviços públicos da saúde no âmbito do MRJ.

Na esfera municipal do Rio de Janeiro, no ano de 2009 assume Eduardo Paes, logo depois do término do mandato do prefeito César Maia, marcado por uma gestão voltada à consolidação da administração pública direta (ANDREAZZI & BRAVO, 2014). Segundo Andreazzi e Bravo (2014), a fim de se compatibilizar com a gestão gerencialista da saúde de seu aliado no governo estadual, Sérgio Cabral, o mandato de Paes assume um viés privatista, sendo a SMS-Rio utilizada como “balão de ensaio” para a implantação do modelo gerencial no ente municipal por meio da contratação de OSs.

Durante o primeiro ano de seu mandato, em 2009, o então prefeito Eduardo Paes sancionou a lei 5.026 a qual dispõe sobre a qualificação das entidades como Organizações Sociais cujo objetivo era sua aplicação na implantação da saúde da família e das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) no município, segundo exposto no Plano Municipal de Saúde 2009-2013. O objeto previsto na lei 9.637/98, em seu art. 1º, consiste na qualificação como OSs as “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio

ambiente, à cultura e à saúde”. Tal legislação viabiliza a contratação de profissionais sem a realização de um concurso público prévio, além de permitir a aquisição de bens e serviços sem licitação (CORREIA, 2012).

Houve uma conquista relevante na gestão Paes que consistiu na relevante expansão da ESF ao longo de seus dois primeiros mandatos, de 2009 até 2016. Entende-se o ESF como uma porta de entrada prioritária para o acesso aos serviços de saúde, baseado em um modelo de atenção básica preventiva em substituição do modelo centrado no atendimento hospitalar, onde os cidadãos somente procuram o sistema de saúde ao perceberem que já se encontram com algum grau de adoecimento. Um modelo de atendimento focado na atenção primária acaba por ser, em tese, menos onerosa para o ente público se comparado ao custoso atendimento hospitalar, pois os atendimentos resolutivos em atenção primária são mais simples, ou seja, não exigem profissionais com alto grau de especialização, não necessitam de emprego de recursos tecnológicos avançados e não se caracterizam por serem procedimentos de alta complexidade.

Adicionalmente, as unidades hospitalares são liberadas de suprir a demanda que surge espontaneamente e, com isto, destina seus recursos, de caráter mais oneroso que a atenção primária, a suprir a procura que é georreferenciada, focando em tratamentos de médio e alto nível de complexidade e que consiste em sua finalidade ulterior. Esta divisão por graus de complexidade tendem a beneficiar o sistema de saúde em sua integralidade. Estas demandas que surgem, e que devem ser tratadas como sendo urgentes, são absorvidas pelos CER localizados próximos aos serviços de atendimento às emergências de grande porte, bem como pelas UPAs.

É importante salientar que o sistema todo de saúde foi entregue às OSS, sendo, inclusive, a gestão exercida pela SMS-Rio, privatizada “por dentro”, uma vez que a lógica que orienta as ações administrativas e as decisões são baseadas em princípios gerenciais de gestão. Com isto, a reorganização do sistema implicou em uma entrega à gestão privada até mesmo as portas de entrada de acesso à saúde gerida pelo ente municipal carioca. O próprio SISREG (Sistema de Regulação em Saúde do MRJ), sendo responsável por gerenciar a alocação de pacientes nas vagas abertas para atendimento especializado e cirúrgico nos equipamentos públicos de saúde municipais direcionados a estes serviços, é gerenciado conjuntamente por uma OSS e, sendo assim, submete-se a uma seletividade por parte de um agente privado.

Retomando a discussão acerca da atenção primária, em 2008, a cobertura do ESF era de apenas 3,5% da população carioca, sendo que, com a adoção do modelo baseado em contratos de gestão na saúde, o qual introduziu a contratação das OSS pelo município para a ampliação da ESF, o governo Paes finalizou o seu segundo mandato com uma cobertura de quase 70% da

população (COSTA *et al*, 2021). Parte dos integrantes da equipe responsável por esta expansão da ESF alega que tal ampliação vertiginosa em um curto espaço de tempo - precisamente, em oito anos - só foi possível pela via da adoção da contratação de OSs.

A explicação para isto se dá pelo fato de que a Prefeitura do Rio de Janeiro, para realizar tal intento, aumentaria consideravelmente as despesas com a efetivação de novos servidores e, com isto, ultrapassaria o limite disposto na Lei Complementar n° 100 (denominada, também, como “Lei de Responsabilidade Fiscal”) de 54% do total receita corrente líquida em gastos com pessoal pela administração direta municipal. Como a contratação dos profissionais de saúde é realizada diretamente pela OS, ainda que por meio da utilização de recursos públicos municipais e com previsão contratual para este fim, tal despesa não é computada como um gasto com pessoal do ente público em questão.

Outro fato relevante da gestão Paes se deu pela publicação da lei municipal 5.026/09 que estabelece os requisitos formais que deverão ser adotados pelo Poder Executivo Municipal para a qualificação das entidades em OSs. Deve-se observar que estão presentes na legislação critérios rigorosos para evitar a exploração econômica pelos prestadores de serviços de saúde, além de submeter os prestadores à observância do Art. 7° da lei federal 8.080/90 o qual rege sobre os princípios de atendimento pelo SUS. No entanto, a crítica pertinente a este formato de contratação, para além da problemática de introduzir a prestação privada de serviços públicos, é o fato de tornar dispensável a realização de procedimento licitatório para a escolha da Organização Social mais qualificada para prestar o serviço e com o menor custo ao ente público, conforme disposto no §2° do art. 5° da lei municipal 5.026/09.

Tal característica na contratação das OSs corresponde a uma inovação no direito pátrio, comprometendo o cumprimento de determinados princípios, como o da publicidade e, até mesmo, da eficiência da administração pública. Sobre o primeiro princípio, a ausência de critérios claros e transparentes para a seleção e contratação das entidades torna muito mais difícil o controle social das ações e decisões da administração pública. Já no que se refere ao segundo, a ausência de parâmetros rígidos para a escolha da organização mais capacitada para a prestação dos serviços estabelecidos contratualmente poderá promover maiores custos desnecessários para o Poder Público. Um exemplo da ausência de transparência deve-se ao fato de não haver informações públicas que comprovem o bom funcionamento das OSs da saúde no município do Rio de Janeiro (BRAVO *et al*, 2020).

Ao finalizar o seu mandato, diante das rejeições ao modelo privatista pelos rivais políticos, sanitaristas e servidores efetivos, Paes não obteve êxito na eleição de seu sucessor, Pedro Paulo, para dar continuidade a sua gestão na Prefeitura do Rio de Janeiro (COSTA *et al*,

2021). O então candidato Marcelo Crivella venceu as eleições e, quando iniciou o mandato, ele introduziu novas leis e arranjos administrativos para desestabilizar os moldes da política pública então em vigor.

Um exemplo disto ocorreu quando o governo, em 2018, a Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância à Saúde (SUBPAV), da SMS-Rio, lançou o documento intitulado “Reorganização dos Serviços de APS - Estudo para Otimização de Recursos”. O documento, motivado pelo argumento da existência de déficit orçamentário do MRJ, estabeleceu como objetivo o aperfeiçoamento do modelo de gestão de forma a otimizar os serviços sem reduzir a cobertura à população, a qualidade e o rol de serviços ofertados.

Na prática, através das mudanças realizadas na tipologia das equipes, houve uma diminuição, segundo Costa *et al* (2021), de 1.400 posições de trabalho com a extinção de 184 ESF e 55 equipes de saúde bucal. Assim, iniciou-se a migração do modelo baseado em OSS para uma prestação de serviços realizada pela Empresa Pública RIOSAUDE em 2020 (COSTA *et al*, 2021).

Tal relatório realizou diagnósticos equivocados para a sustentação do projeto de reorganização da ESF no município Rio. De acordo com Costa *et al* (2021), foi concluído de que havia uma ociosidade das equipes, com a cobertura de áreas abaixo de 3.000 pessoas, sem considerar a diversidade de aspectos que caracterizam o território como, por exemplo, em espaços de domínio conflagrado pelo tráfico de drogas há um empecilho para a mobilidade das pessoas. Adicionalmente, os cortes de equipes em espaços considerados privilegiados desconsideraram a existência de favelas nas localidades.

Tais medidas de mudança de rumo na gestão da política de saúde, na opinião de Costa *et al* (2021), afetou o acesso da população à saúde pública, reduzindo a cobertura em aproximadamente 1 milhão de pessoas e redução de produtividade no setor.

7.4. Discussão de resultados: o caso da gestão gerencial de uma clínica da família carioca.

A utilização do modelo de gestão de OSs consiste como uma resultante do fortalecimento das ONGs ao longo de um extenso processo histórico de “onguização” das políticas públicas, iniciado a partir dos movimentos sociais, alguns de iniciativa de muitos ex-exilados, desde o final do período ditatorial, tendo como base de apoio o financiamento

externo e não estando vinculadas a nenhum partido e nem a projetos sociais e políticos comuns, sendo, tão somente, voltadas a determinadas demandas segmentadas (FONTES, 2005). Desta forma, para Virginia Fontes (2005), tais entidades colaboraram para a manutenção de movimentos na luta por direitos sociais, mas se recusavam a assumir um viés classista como base reflexiva destas manifestações e, assim, impediam a integração a projetos mais amplos e uma educação voltada à contra-hegemonia.

Tal fato histórico consiste em uma explicação que fundamenta a grande aderência das OSS à atual gestão dos equipamentos públicos de saúde. Como a gestão por estas organizações é privada, baseada em indicadores economicistas e tendo a prioridade voltada para a alocação eficiente dos recursos, há um conjunto de incentivos para a criação de instrumentos que elevem cada vez mais a exploração do trabalho desempenhado pelos profissionais de saúde. Sob um sistema de gestão que outorga grande autonomia para as OSS, mediante um contrato de gestão extremamente rigoroso no que se refere a metas e indicadores voltados para resultados, em detrimento dos processos, o que inclui penalidades contratuais relevantes que poderão ser aplicadas pelo Poder público em caso de inobservância das cláusulas ou pela entrega de resultados pífios pela contratada.

A autonomia conferida pelo ente público às OSS se fundamenta na construção de um regime que desregulamentou os controles estatais sobre compras públicas e as contratações de pessoal e de terceiros, uma vez que estas podem ser realizadas diretamente pelas OSSs, sem observar completamente tanto os procedimentos licitatórios para a realização de compras públicas, conforme a lei federal nº 8.666/93, quanto o instituto do concurso público e os direitos dos servidores efetivos, dispostos na Constituição Federal de 1988 e no Estatuto dos Servidores Públicos Municipais do Rio de Janeiro (lei municipal nº 94/1979).

Adentrando-se no caso da Clínica da Família (CF) pesquisada, os funcionários relatavam problemas relacionados ao exercício do trabalho profissional atreladas à violência conflagrada no território que é atendido pela clínica. É comum a exposição dos problemas enfrentados, sendo tais reportados nas reuniões de equipe. Tais questões problemáticas somente eram informadas à gestão. Os profissionais que precisam realizar visitas nas residências dos pacientes não conseguiam fazê-los e isto impactava no resultado das metas das equipes.

Tal situação enquadra-se no que se pode chamar de responsabilização individual dos riscos do trabalho e dos fatores exógenos incorridos por conta do exercício do trabalho. Isto ocorre pois a impossibilidade de se realizar os atendimentos não implica em uma redução das metas a serem atingidas pelas equipes. Assim, tal fato se coaduna com as prerrogativas do modelo gerencial da gestão, onde a atuação do agente público não é mais uma responsabilidade

atribuída ao Estado, e sim somente dele próprio. O Estado torna-se apenas um mero contratante e seu papel resume-se a acompanhar os resultados gerados decorrentes dos termos fixados em um contrato de prestação de serviços.

Uma outra questão que cabe ressaltar é que o trabalho, uma vez gerencializado, torna-se essencialmente de responsabilidade individual, reduzindo-se ao máximo a sua dimensão coletiva. Esta tem sido a regra praticada com a modernização das organizações e a introdução de instrumentos de gestão e técnicos, de acordo com Linhart (2010). Isso acontece, pois os incentivos colocados são voltados a beneficiar a performance individual. Tal fato se apoia na já supracitada ideologia neoliberal, a qual sustenta o gerencialismo, onde a narrativa que se dissemina aos funcionários é fundamentado pela busca meritocrática de recompensa pelo desempenho individual alcançado. Apesar da gestão da CF adotar um molde de metas grupais, o tratamento destas pelas equipes é encaminhado de forma individual.

Para além do aspecto individualista das metas, há a questão da transformação de um agente do Estado em um mero fornecedor de serviços. No modelo de gestão burocrática, onde o servidor público, na condição de empossado em um cargo de provimento efetivo e, portanto, atuando na qualidade de agente do Poder Público, este era caracterizado como um representante do Estado, assumindo a responsabilidade em nome deste perante os órgãos de controle e fiscalização. Já na gestão gerencial, a figura do(a) servidor(a) foi substituído(a) pelo(a) de um(a) funcionário(a) celetista em que a empregadora é a OSS a qual detém um contrato de gestão com o ente público. Assim, este(a) trabalhador(a) se vê e é tratado(a) como um mero prestador de serviços e, com isto, desaparece a figura do agente que responde diretamente pelos serviços públicos prestados.

Tal evidência trás implicações administrativas que fragilizam a prestação de serviços pelo SUS, decorrente do potencial aumento da rotatividade de profissionais, uma vez que os vínculos privados se condicionam aos contratos de gestão firmados e que podem ser rescindidos unilateralmente, alterados ou terem sua vigência encerrada, acarretando em possíveis demissões. Tal flexibilidade introduzida nas relações de trabalho introduziram a sua precarização, pois os empregados privados gozam de menos direitos que os servidores públicos municipais como é o caso, por exemplo, de algumas licenças previstas em lei e do instituto da estabilidade no cargo.

Há, também, dentro desta esfera da gestão, a existência de distorções salariais de uma OSS em relação às demais. Em outras palavras, a oferta salarial varia em posições que exigem a mesma formação profissional e com as mesmas atribuições, promovendo, assim, uma verdadeira competição dentro da própria estrutura de prestação de serviços públicos de saúde

às custas do mesmo patrocinador: o próprio Estado. Tal fato pode ser um fator que desmotive os profissionais que possuem uma remuneração mais baixa a exercer suas funções.

CONCLUSÕES DA PESQUISA

A OSS “Viva Rio”, apesar de se caracterizar por uma ONG – e, portanto, não possuir fins lucrativos – possui um controle privado da propriedade e, portanto, é regida por interesses privados. Tal fato caracteriza o conflito de agência existente entre a gestão pública, estando na qualidade de controladora dos recursos públicos, e a gestão privada das OSSs, responsáveis pela prestação dos serviços de saúde.

Tais relações conflituosas são equacionadas mediante a assinatura de um pacto pelas partes envolvidas a qual denomina-se por “contrato de gestão”. Um contrato pressupõe a existência de interesses diferentes e opostos entre as partes envolvidas e que, portanto, precisam ser negociados e firmados compromissos formais entre as partes a fim de compatibilizar tais interesses. Já a incorporação da gestão das OSS sobre os serviços e políticas públicas de saúde caracterizou-se pela transferência de recursos públicos, reservados ao SUS, para a iniciativa privada. Assim, tem-se uma explícita privatização do SUS, entregando a propriedade estatal para uma denominada “propriedade pública não estatal” que é gerida pela iniciativa privada e financiada diretamente pelo Estado, sob a promessa de cumprimento dos princípios basilares do SUS.

A gestão da OSS Viva Rio, no caso da clínica da família analisada, voltada aos cuidados, exercidos de forma territorializada, de enfoque comunitário, acaba sendo percebida e gerida sob uma perspectiva mercantil, sendo tal materializada quando a SMS-Rio cria a “Carteira de Serviços da APS”, o chamado “CasAPS”, onde o termo “usuário” é constantemente enfatizado pelos profissionais, caracterizando estes cidadãos por serem “consumidores de serviços”, ao invés de “destinatários da política pública de saúde”. Adicionalmente, os profissionais da saúde passam a receber uma remuneração variável, sob a denominação de “bônus por desempenho”, baseado no número de atendimentos realizados. Diante disto, tal perspectiva retira a visão do desenho inicial da política pública da ESF, executadas pelas Clínicas da Família, sendo tal baseada na concepção de saúde comunitária e de gestão territorial, para uma ótica de valorização do atendimento individual e, desta forma, apartada da visão coletivista.

Uma evidência que reforça essa mudança de visão da atenção básica reside nas mudanças empreendidas pela gestão federal do SUS no que se refere ao PAB fixo: adotou-se, como critério de repasse dos recursos, a ênfase no cadastramento de pessoas assistidas e na ponderação de condições de vulnerabilidade, sem abordar as questões sociais e políticas que produzem tal vulnerabilidade. Com isto, baseia-se as transferências de recursos do SUS com

base no desempenho ao invés de se priorizar as necessidades e dificuldades enfrentadas por cada gestor local de saúde. Um dos resultados produzidos é o desfinanciamento da saúde pública nos municípios mais pobres, não sendo este o caso da gestão carioca, uma vez que ela conta com fartos recursos próprios para o financiamento da sua política pública e serviços de saúde.

A avaliação de desempenho e os indicadores de acompanhamento enfatizam os atendimentos individuais – já apontados pelo "Previne Brasil" – valorizando-se a observância da quantidade de procedimentos adotados e resultados quantitativos produzidos pelas atividades direcionadas de saúde em detrimento a uma apreciação dos processos ligados ao cuidado dos pacientes. Assim, a prioridade caracteriza-se pelo cumprimento de metas e pela medição de indicadores como "gasto por atendimento" ao invés de se buscar uma melhor qualidade do atendimento à população.

A inclusão do objetivo principal por atendimentos, realizada pelo sistema de incentivos do modelo gerencial, mediante o alcance de metas pelos profissionais de saúde acaba por inserir uma preocupação adicional a estes, caracterizando-se como uma inversão de prioridades. Tal inversão consiste no desvio de foco no exercício da função primal voltado aos cuidados dos atendidos para a celeridade nos atendimentos e o preenchimento burocrático de informações para fins de apuração de metas. Assim, a gestão comete um equívoco, pois o cidadão passa a ser só um número a ser rentabilizado mediante o pagamento de bonificações por desempenho dos profissionais e gestores da OSS uma vez que a saúde do paciente em si não será remunerada.

O modelo territorial e assistencial das clínicas da família, com a formação de equipes multisetoriais, corresponde a um formato de prestação de serviços que já foi concebido juntamente com o modelo de gestão pública gerencial.

Os gestores das unidades defendem esse modelo gerencial de gestão pelas razões supracitadas, atreladas à autonomia administrativa, à agilidade nas contratações, compras e demissões, o enfoque em resultados mensuráveis e parametrizados pelos incentivos pecuniários para a perseguição de metas e acompanhamento gerencial de indicadores de desempenho. Adicionalmente, o controle gerencial exercido pela SMS-Rio pode ser exercido com a aplicação de punições às OSS contratadas, em caso de inobservância ou descumprimento de cláusulas estabelecidas nos contratos de gestão firmados, podendo implicar na diminuição ou retenção de repasses de verbas ou até mesmo na revogação unilateral do contrato.

O modelo gerencial baseia-se no pressuposto de que a saúde é um serviço, sendo que a flexibilidade na gestão, com a agilidade dos processos e o estabelecimento de metas de desempenho e indicadores de acompanhamento permitem extrair uma maior produtividade dos

profissionais de saúde e gestores e, assim, possibilite o alcance de um nível mais elevado de eficiência no emprego dos recursos. Na prática, a NGP se preocupa com a mensuração da quantidade de atendimentos pelos mais diversos setores dentro do sistema de saúde pública, deixando de lado a avaliação da qualidade do serviço ofertado como um todo e o bem estar social que deveria ser alcançado por este sistema. Os dados obtidos na pesquisa revelaram que os profissionais de saúde estão submetidos a um processo de trabalho baseado no modelo tecnológica que lhes tira a autonomia para organizar o próprio trabalho, sobrecarrega-os, os expõe a situações de muita pressão e afeta a relação com o(a) paciente, promovendo um distanciamento entre as partes e desumanizando a prática profissional.

Conforme evidenciado na observação de campo, o foco do trabalho pauta-se na quantidade de atendimentos e procedimentos, o que afasta a preocupação com a qualidade dos serviços prestados. A meta quantitativa acaba por eliminar outras rotinas de trabalho não quantificáveis ou não abarcados por esse sistema.

Existem autores, como Ana Paula Paes de Paula (2005), que buscam trazer um novo modelo de gestão baseado em uma perspectiva de gestão social o qual denomina-se por “Administração Pública Societal” – haja vista que o modelo gerencial não contempla, na prática, a participação cidadã nas decisões que envolvam o sistema de saúde. Apesar da Nova Gestão Pública contemplar, em tese, no âmbito do modelo teórico, a temática da participação social, esta não ocorre na prática, conforme se verificou no presente estudo de caso. No caso da gestão municipal de saúde do Rio de Janeiro, a participação dos cidadãos está adstrita à recepção de chamados de reclamação abertos em razão da insatisfação dos usuários com os serviços recebidos por meio da central 1746.

Tal limitação se dá em razão do desenho que concebe a atual estrutura do modelo de gestão gerencial, onde o usuário é encarado como um número e os incentivos em termos de rentabilização contratual por parte da OSS se dá pela quantidade de atendimentos e não pela qualidade atingida e que pode ser verificada em termos de saúde e bem estar da população atendida/ recepcionada por uma ou por um conjunto de unidades de saúde que atuem em determinado território de abrangência.

Os contratos de gestão firmados entre o ente federativo do MRJ e as OSSs, no âmbito da APS, possuem uma delimitação territorial na prestação dos serviços de saúde pública – denominadas por “Território Integrado de Atenção à Saúde” (TEIAS). Assim, tais instrumentos não preveem qualquer comunicação entre as OSSs que gerem os serviços de saúde em diferentes regiões da cidade. Os contratos também não atribuem qualquer poder de coordenação à SMS-Rio para realizar a integração das ações, executadas isoladamente por cada OSS em seu

respectivo território de atuação. Desta forma, a secretaria municipal de saúde do MRJ, a qual se encontra na qualidade de responsável pela gestão municipal da APS, está desprovida de competência administrativa para executar a alocação de recursos entre as TEIAS de forma a suprir eventuais demandas superiores em umas áreas da cidade em a outras outras. Os contratos são rígidos no que se refere à aspectos que envolvam metas a serem cumpridas pelas OSSs bem como no repasse de recursos pelo ente municipal.

Outra conclusão relevante se refere às mudanças micropolíticas que envolvem o financiamento da atenção primária do SUS. As modificações nos condicionamentos para fins de repasse dos recursos federais via SUS impactou fortemente na forma de organização da rede, impactando na sua finalidade de realizar uma gestão territorializada e preventiva da saúde das comunidades abarcadas pelo entorno de cada unidade básica de saúde e clínica da família. A introdução do critério gerencial do desempenho, mensurada em termos do cadastramento de famílias e pessoas no sistema, acaba por desviar a prioridade das equipes do processos de trabalho de prevenção para o mero cadastramento das pessoas, pois esta torna-se necessária para a obtenção dos recursos.

A questão levantada pelos ACSs de lidar com a flagrante violência decorrente da ação de narcotraficantes, os quais exercem um domínio sobre o território de atuação da clínica da família estudada, fazendo com que se introduza o conceito de “penosidade” para esta categoria, é tratado pela OSS como uma variável de risco classificado como sendo “fora de controle” e, portanto, não pode ser tratada com ações mitigadoras ou resolutivas diretas que garantam a atuação dos profissionais dentro do recorte territorial de atuação da clínica.

O arcabouço de princípios, normas e prioridades, que constituem o modelo de gestão pública gerencial, implicou na promoção de mudanças no nível macro e, portanto, engendraram transformações nos aspectos de caráter institucional e legal. Tais modificações promoveram à promulgação de leis e emendas à Constituição Federal bem como a alterações na forma de organização do SUS para a prestação dos serviços de saúde. Esta nova forma de organização contou com a inclusão de pessoas jurídicas de direito privado, na forma de OSS, o que acarretou uma fragmentação institucional do SUS, necessitando, assim, de novas formas de controle por parte do poder público. O sistema de controle exercido pela SMS-Rio sobre as OSS causam impactos, no nível micro, na dimensão do trabalho exercido pelos profissionais de saúde. Há duas repercussões na seara do trabalho em nível micro: a fragmentação e o controle.

A esfera do que se pode chamar de “fragmentação institucional” refere-se à organização dos processos de atendimento em saúde no geral os quais são divididos em ações partilhadas e que são executadas por diferentes OSS. A fragmentação trouxe problemas de articulação das ações

das OSS bem como na alocação dos recursos públicos por meio de uma rigidez contratual que assegure o repasse de recursos públicos para uma determinada unidade. A flexibilidade se deu somente nos processos de contratação e demissão de pessoal - com um acréscimo de rotatividade e de ônus decorrente de rescisões contratuais - e na realização de compras de suprimentos, sendo este último efetivado com um custo mais elevado em relação ao procedimento licitatório que era realizado anteriormente de forma unificada pela SMS-Rio, conforme alguns apontamentos em relatórios de auditoria do TCM-Rio. Assim, o alcance de um patamar de maior eficiência como um todo, por parte do modelo gerencial, não pode ser comprovada.

Adicionalmente, a delimitação destes processos, juntamente com a instituição de um regime de metas de desempenho, promoveram divisões do trabalho desempenhado pelos mais diversos profissionais, inserindo em seu escopo de atribuições outras tarefas que antes não eram exercidas, como a inclusão de pacientes no SISREG (Sistema de Regulação da SMS-Rio) e o preenchimento de comprovantes de atendimento. Tal escopo de atividades aumentou o volume de tarefas destes trabalhadores e promoveu uma alienação do processo de trabalho. Em outras palavras, um profissional de saúde, em grande parte das vezes, não acompanha o paciente que iniciou o atendimento até a resolução do seu problema de saúde. Em outras palavras, o que ocorre é a fragilização da vinculação que deveria existir em decorrência da relação entre o profissional de saúde e paciente.

A outra esfera de impacto do gerencialismo consiste no controle do trabalho exercido pelo contrato de gestão. O contrato de gestão estabelece um conjunto de metas de desempenho a serem atingidas pelos profissionais, sendo uma verdadeira “carta em branco” assinada pelo trabalhador no seu contrato de trabalho, pois não se sabe das metas de desempenho que serão a ele ou ela impostas como condição para o exercício profissional em uma unidade de saúde da Prefeitura do Rio gerida por alguma OSS.

Além da finalidade de controle, a chamada “contratualização” e “gestão por resultados” tem por finalidade também fornecer uma maior transparência à sociedade sobre a prestação de serviços públicos. No entanto, esse modelo de gestão se fundamenta em uma lógica quantitativista para a avaliação de desempenho no trabalho, sendo tais inflexíveis, ou seja, não contemplam as influências provenientes do contexto onde a unidade de saúde se situa, onde o trabalho é elaborado ou à natureza das funções exercidas. Assim, é provável a ocorrência de situações que gerem penosidades no trabalho.

A responsabilização individual pelo trabalho desempenhado, proveniente do modo de produção capitalista em sua fase neoliberal, adotando-se, como instrumento de controle, o

estabelecimento de metas quantitativas. Tais metas, no entanto, são impostas, não havendo qualquer possibilidade de alegação ou de poder de negociação por parte dos trabalhadores da saúde.

O propósito desta dissertação não consistiu na defesa de uma reversão das mudanças promovidas pelo modelo gerencial e retroceder ao modelo anterior, pois os modelos de gestão sempre podem ser aperfeiçoados ou, até mesmo, reinventados sob novos fundamentos de acordo com as demandas sociais que emergem e se modificam ao longo do decorrer do tempo. A administração neo-weberiana, ou até a societal, foram já concebidas com o intuito de corrigir disfunções existentes no gerencialismo.

É necessário se pensar em como melhorar a qualidade da entrega dos serviços ao cidadãos, mas é preciso encontrar caminhos para prover condições de trabalho melhores, com a compensação pela onerosidade ocorrida pelos profissionais e pela retomada da responsabilidade do Estado com a saúde pública e que deva voltar a ser pensada como uma política pública, para além das prioridades conferidas à economicidade de recursos. Esta não deveria ser a prioridade na concepção de um modelo de gestão em saúde por mais que ela seja também relevante.

Assim, alguns questionamentos podem ser pensados para orientar futuros trabalhos de pesquisa relacionados aos temas aqui tratados: (1) o acesso aos serviços será mais desigual em decorrência das decisões das políticas de saúde ou a saúde será promovida como um bem público universal com clara repercussão na infraestrutura e nos orçamentos públicos? (2) o modelo de gestão gerencial, com a introdução das organizações sociais de saúde, conseguiu alcançar um maior nível de eficiência em relação ao anterior modelo burocrático? (3) O chamado “modelo societal”, com ênfase maior na qualidade do atendimento ao cidadão e na participação social, seria mais adequado de acordo com as tendências atuais acerca do novo papel do Estado? Existe algum caso de aplicação deste modelo na gestão pública brasileira?

REFERÊNCIAS.

ANDERSON, George. **Federalismo**: uma introdução. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2009. 115 p.

ANDRADE, A., ROSSETTI, J. P. **Governança Corporativa**: fundamentos, desenvolvimento e tendências, 2ed. São Paulo: Atlas, 2006.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; BRAVO, Maria Inês Souza. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. Trabalho, Educação e Saúde, v. 12, n. 3, p. 499–518, dez. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/qTrtsRNKV5WJbMVrghXN93q/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 16 mai. 2021.

BANCO MUNDIAL. **Proposta de reformas do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Washington, EUA: Banco Mundial, 2018. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.

BATISTA, Edimilson Monteiro. **Governança no Setor Público**: uma análise das práticas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Pública) – Departamento de Ciências Administrativas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Rio Grande do Norte, p.130, 2016.

BEVIR, M. **Democratic Governance**. Nova Jersey: Princeton, 2010.

BOITO JR., Armando. A hegemonia neoliberal no governo Lula. Crítica Marxista, Campinas, n. 17, p. 1-25, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. 140 p. Acesso em: 13 jul. 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). 2021. Acesso em: 16 abr. 2023. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=37679&Itemid=9>.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). 2022. Acesso em: 25 abr. 2023. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=38910&Itemid=466>.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Políticas Sociais: acompanhamento e análise.** [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_19_completo.pdf> . Acesso em: 8 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Câmara da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: DF, MARE, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde (2010). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio). Reorganização dos Serviços de APS - Estudo para Otimização de Recursos. Rio de Janeiro: SMS-RJ/SUBPAV; 2018.

BRASIL. Tribunal De Contas Da União. **Referencial para Avaliação e Governança em Políticas Públicas.** Brasília : TCU, 2014. 91 p. Acesso em: 23 dez. 2022. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A14DDA8CE1014DDFC404023E00>>.

BRAVO, Maria Inês Souza, e PELAEZ, Elaine Junger; e MENEZES, Juliana Souza Bravo. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e Resistências. SER Social: Estado, Democracia e Saúde. Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020. Acessado em: 03 Jan. 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/download/25630/25147/64233.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Lua Nova [online]. 1998, n.45, pp.49-95. ISSN 0102-6445. Acesso em: 25 jun. 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0102-64451998000300004>.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Do Estado Patrimonial ao Gerencial. In: Ignacy Sachs; Jorge Wilhelm; Paulo Sergio Pinheiro. (Org.). Brasil: um século de transformações. 1ed.São Paulo: Cia. das Letras, 2001, v. 1, p. 222-259. Acesso em: 04. Jul. 2021. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/2000/00-73EstadoPatrimonial-Gerencial.pdf>.

BUSS, P.; FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais A Saúde e seus Determinantes Sociais. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>

CAMPOS, Gastão Wagner, BARROS, Regina Benevides de, CASTRO, Adriana Miranda de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2004, v. 9, n. 3. Acessado em: 2 Fev. 2022, pp. 745-749. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000300025>>. Epub 20 Out 2004. ISSN 1678-4561.

CARDOSO, Fernando Henrique. Os regimes autoritários na América latina. In: COLLIER, David (Org.). O novo autoritarismo na América latina. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. cap. 2, p. 41-62.

CARNUT, Leonardo, & MENDES, Áquilas. (2018). Capital-Estado na crise contemporânea: o gerencialismo na saúde pública. *Argumentum*, 10(2), 108–121. Disponível em: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i2.19528>.

CARNUT, Leonardo. & NARVAI, Paulo Capel (2016). Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. *Saúde e Sociedade* [online]. 2016, v. 25, n. 2. Acessado em: 4 Jan. 2023, pp. 290-305. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016144614>. ISSN 1984-0470.

CARVALHO, Jéssica Neves de. **Lei de Cotas (n° 12.711) e o desempenho dos discentes.** Universidade Federal De Viçosa, Centro De Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento De Geografia [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.geo.ufv.br/wp-content/uploads/2022/08/Jessica-Neves-de-Carvalho.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2023.

CASTRO, C. J.; SILVA, G. V. Boas práticas de governança aplicadas ao setor público: uma análise na prestação de contas de cinco universidades públicas federais. *Espacios*, v. 38, n. 17, 2017. Disponível em: <http://www.revistaespacios.com/a17v38n17/a17v38n17p26.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2021.

CAVALCANTE, M. C. N; DE LUCA, M. M. M. Controladoria como instrumento de governança no setor público. *Revista De Educação E Pesquisa Em Contabilidade (REPeC)*, Brasília, v. 7, n. 1, jan./mar. 2013. Acesso em: 18 jun. 2020. Disponível em <https://doi.org/10.17524/repec.v7i1.138>.

CLARKE, John; NEWMAN, Jane; SMITH, Nick; VIDLER, Elizabeth; WESTMARLAND, Louise. *Creating Citizen-Consumers: changing publics and changing public services*. Londres: Sage, 2007. Disponível em: https://www.academia.edu/55465802/Creating_Citizen_Consumers_Changing_Publics_and_Changing_Public_Services_By_John_Clarke_Janet_Newman_Nick_Smith_Elizabeth_Vidler_and_Louise_Westmarland. Acesso em: 17 jan. 2022.

CORDEIRO, Hésio. (1985). Financiamento do setor de saúde: proposta para a transição democrática. *Saúde em debate*, 17, 37-40. Disponível em: http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PAS TA=N.17+-+jul&pesq=&x=57&y=11. Acesso em: 12 jul. 2022.

CORREIA, Maria Valéria Costa. A Privatização da Saúde na Atualidade. *Anais do XIII ENPESS*, Juiz de Fora/MG, 2012.

COSTA, Nilson do Rosário *et al.* A implantação em larga escala da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, Brasil: evidências e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 6, p. 2075–2082, jun. 2021. Acesso em: 1 jun. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bxhQzJWKpLvY3FLCLWcNF4P/?format=pdf&lang=pt>.

FAGNANI, Eduardo. O fim do breve ciclo da cidadania social no Brasil (1988-2015). Texto para Discussão n. 308. Instituto de Economia, Universidade de Campinas. Campinas, jun. 2017. Acessado em: 21 ago. 2022. Disponível em: <<https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/3537/TD308.pdf>>. Acesso em: 8 mai. 2023.

FAYOL, Henry. **Administração Industrial e Geral**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

FILGUEIRAS, L. & GONÇALVES, R. A economia política do governo Lula. Rio de Janeiro: Contraponto, 2007.

FILGUEIRAS, L. A natureza do atual padrão de desenvolvimento brasileiro e o processo de desindustrialização. In: Inez Silvia Batista Castro. (Org.). Novas interpretações desenvolvimentistas. 1 ed. Rio de Janeiro: Centro Celso Furtado, 2013, v. 01, p. 371-450.

FILGUEIRAS, L.; GONÇALVES, R. A economia política do Governo Lula São Paulo: Contraponto, 2007.

FONTES, Virgínia. A Sociedade Civil no Brasil Contemporâneo. In: LIMA, Júlio César França; NEVES, Lúcia Maria Wanderley. (org.) Fundamentos da Educação Escolar no Brasil Contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GARSON, Sol. A Crise Bateu à Porta dos Municípios...E a Porta Estava Aberta! Mimeo 2016. Acesso em: 15 jul. 2021. Disponível em: <<https://meumunicipio.org.br/img/upload/eleicoes/57c5d541986e15.23396788.pdf>>.

GARSON, Sol. **Planejamento, orçamento e gasto com políticas públicas**: uma metodologia de apuração para Estados e Municípios [ebook] Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2018. 208 p. ISBN - 978-85-5696-315-4. Acesso em: 13 jul. 2021. Disponível em: <<https://www.editorafi.org/315solgarson>>.

GAULEJAC, V. (2007). Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. São Paulo: Ideias e Letras. Acessado em: 22 Dez. 2022. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/330719/mod_resource/content/1/Gaulejac%202007%20Gest%C3%A3o%20como%20doen%C3%A7a%20social.pdf

GIAMBIAGI, Fabio; ALÉM, Ana Cláudia. Finanças públicas: teoria e prática no Brasil. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier – Campus, 2011. 536 p.

HARVEY, David. Política anticapitalista em tempos de coronavírus. Blog da Boitempo. 24 mar. 2020. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2020/03/24/david-harvey-politica-anticapitalista-em-tempos-de-coronavirus/>. Acesso em: 11 jan. 2022.

HIRSCH, J. **Teoria Materialista do Estado**. www.academia.edu, [s.d.]. Acesso em: 8 mai. 2023. Disponível em: <https://www.academia.edu/34668494/Teoria_Materialista_do_Estado>.

HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo Cesar Leão (Org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, 397 pp.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Monitoramento e Avaliação de Programas Sociais**: uma introdução aos conceitos e técnicas. Campinas: Alínea, 2016.

JENSEN, M.; MECKLING, W. Teoria da firma: comportamento dos administradores, custos de agência e estrutura de propriedade. *Revista de Administração de Empresas*. Vol.48, n.2, pg.87-125, abr./jun.2008.

JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates, INOJOSA, Rose Marie e KOMATSU, Suely. Desenvolvimento social e intersetorialidade na gestão pública municipal: a Experiência de Fortaleza. XI Concurso de Ensayos del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública : Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones”. Caracas, 1997. Disponível em:
<http://150.162.8.240/PNAP_2013_2/Modulo_4/Organizacao_processos_tomada_decisao/material_didatico/textos/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20e%20intersetorialidade%20na%20gest%C3%A3o%20p%C3%BAblica%20municipal.pdf>, Acessado em: 01 Fev. 2022.

Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). *Psicologia social das organizações*. São Paulo: Atlas.

KELM, M. *et al.* CONFLITOS DE AGÊNCIA E OS DESAFIOS DA GOVERNANÇA EM UMA UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA. [s.l: s.n.]. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/181066/101_00048.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acessado em: 8 maio. 2023.

KETTL, D. F. *The global revolution in public management: driving themes, missing links*. *Journal of Policy Analysis and Management*, Storrs, v. 16, n. 3, p. 446-62, 1997.

KISSLER, Leo; HEIDEMANN, Francisco G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, jun. 2006. Acesso em: 24 jun. de 2021. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/rap/v40n3/31252.pdf>.

KLEIN, B. *Contracting cost and residual profits: the separation of ownership and control*. *Journal of Law & Economics*, v.26, 1985.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de Pesquisa**. Editora Atlas, São Paulo: 2002.

LINHART, D. Uma abordagem sociológica das novas penosidades no trabalho. Seminário Internacional “Organização e condições do trabalho moderno: emprego, desemprego e precarização do trabalho”. Campinas: Unicamp, 2010. Mimeografado.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; NOGUEIRA, Carolina de Oliveira. Políticas de Saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(3):521-532, mar., 2011. Acesso em: 22 dez. 2022.

Disponível em:

<<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29850/2/Po1%c3%adticas%20de%20sa%c3%bae%20no%20Brasil%20nos%20anos%202000.pdf>>.

MARCONDES, Willer Baumgarten. A convergência de referências na promoção da saúde. *Revista Saúde e Sociedade* v.13, n.1, p.5-13, jan-abr. 2004. Acesso em: 02. Fev. 2022.

Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/250054082_A_convergencia_de_referencias_na_promocao_da_saude.

MATOS, Maurílio Castro de. O Neofascismo da Política de Saúde de Bolsonaro em Tempos Perigosos da Pandemia da Covid-19 *In: BRAVO, Maria Inês Souza, CORREIA, Maria Valéria Costa, MENEZES, Clarissa Alves Fernandes de, BURGINSKI, Vanda Micheli.*

Política de Saúde e Lutas Sociais em Tempos de Pandemia da Covid-19. *Humanidades & Inovação*, v.8, n.35, Palmas, 2021. Acesso em 03. Jan. 2022. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5340>.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde. Brasília:** Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Acessado em: 26 abr. 2023 Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A Política de Saúde no Governo Lula. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, 2011. Acesso em: 8 mai. 2023. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZJ3pn4hRCRDMCVhSV9fvnqL/?lang=pt&format=pdf>>.

MERTON, Robert K. Estrutura Burocrática e Personalidade. In: WEBER, Max e outros. *Sociologia da Burocracia.* Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1966.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União* 2019; 13 nov. Acesso em: 23 mar. 2023. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html>.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. DE F.. (2020). Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos De Saúde Pública*, 36(Cad. Saúde Pública, 2020 36(9)), e00040220. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>.

MOTA, Ana Elizabete da *et al.* **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. Rio de Janeiro: Cortez, 2006. 408 p. ISBN: 8524912669.

NEWMAN, Janet; CLARKE, John. **Gerencialismo.** *Educação & Realidade*, vol. 37, núm. 2, mayo-agosto, 2012, pp. 353-38. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=317227324003>. Acesso em: 17 ago. 2021.

NOGUEIRA, Vera e MIOTO, Regina. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais *In*. MOTA, A. E. *et al.* Serviço Social e Saúde. São Paulo: OPAS, OMS, Cortez, 2006.

NUSBAUMER, Jacques (1984) *Les services: nouvelle donne de l'economie*. Paris: Economica.

OCKÉ-REIS, Carlos Octavio. O SUS sobreviverá aos tempos de pandemia? Saúde em Debate [online]. v. 44, n. spe4, 2020. pp. 261-266. Acessado em: 23 Fev. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020E417>>.

OLIVEIRA, F. A dominação globalizada: estrutura e dinâmica da dominação burguesa no Brasil. *In*: BASUALDO, Eduardo M.; Arceo, Enrique (org). *Neoliberalismo y sectores dominantes. Tendencias globales y experiencias nacionales*. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires. Agosto, 2006.

PAULA, A. P. P. de. Administração pública brasileira entreo gerencialismo e a gestão social. *Revista de Administração de Empresas*, v. 45, n. 1, p. 36–49, jan. 2005.

PINTO, E. C. & BALANCO, P. O ajuste estrutural brasileiro dos anos 90: a ampliação da desarticulação setorial e social. *Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades*, n. 229, p. 26-49, 2008.

PINTO, E. C. **Bloco no poder e governo Lula**. Tese de Doutorado. Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/10136>>. Acesso em: 2 jun. 2023.

POULANTZAS, N. (1977) **Poder político e classes sociais**. São Paulo: Martins Fontes.

POULANTZAS, N.; LAZAGNA, A. **Poder político e classes sociais**. Trad. Maria Leonor Loureiro. Campinas: Editora da Unicamp, 2019, 368p. *Crítica Marxista*, 1 jan. 2020. Acessado em: 08 mai. 2023. Disponível em: https://www.academia.edu/63869826/POULANTZAS_Nicos_Poder_pol%C3%ADtico_e_classes_sociais_Trad_Maria_Leonor_Loureiro_Campinas_Editora_da_Unicamp_2019_368p.

PRADO, Sergio (coord.). **Transferências Intergovernamentais na Federação Brasileira: avaliação e alternativas de reforma**. Fórum Fiscal dos Estados Brasileiros. Caderno Fórum Fiscal nº 6. Acesso em: 13 jul. 2021. Disponível em: http://www.esaf.fazenda.gov.br/esafsite/cursos_presenciais/Forum_Fiscal_dos_Estados_2.htm.

PROENÇA JÚNIOR, Domício; MUNIZ, Jacqueline; PONCIONI, Paula. Da governança de polícia à governança policial: controlar para saber; saber para governar. *Revista Brasileira de Segurança Pública*, São Paulo, v. 3, n. 5, p. 14-50, ago.-set. 2009.

REIS, Camila Ramos; PAIM, Jairnilson Silva. A Saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). Divulgação em Saúde Para Debate. Rio de Janeiro, n. 58, p. 101-114, jul., 2018. Acesso em: 6 jun. 2023. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf>>.

RIBEIRO, José Mendes; ALCOFORADO, Flávio Carneiro Guedes. Mecanismos de governança e o desenho institucional da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro (RJ). Ciência & Saúde Coletiva, vol.21, no.5. Rio de Janeiro, Brasil 1339-1349 fev. 2016. Acesso em: 28 mai. 2020. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/mecanismos-de-governanca-e-o-desenhoinstitucional-da-secretaria-de-saude-do-municipio-do-rio-de-janeirorj/15514?id=15514>>.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Lei n° 6.318, de 16 de janeiro de 2018. Dispõe sobre o orçamento do município do Rio de Janeiro referente ao exercício de 2018. Rio de Janeiro: RJ, 2018. Acesso em: 14 jul. 2021. Disponível em: <http://www2.rio.rj.gov.br/smf/banco/pdforc/loa/lei6318_2018.pdf>.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Lei n° 6.481, de 14 de janeiro de 2019. Dispõe sobre o orçamento do município do Rio de Janeiro referente ao exercício de 2019. Rio de Janeiro: RJ, 2018. Acesso em: 14 jul. 2021. Disponível em: <http://www2.rio.rj.gov.br/smf/banco/pdforc/loa/lei6481_2019.pdf>.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Lei n° 6.707, de 15 de janeiro de 2020. Dispõe sobre o orçamento do município do Rio de Janeiro referente ao exercício de 2020. Rio de Janeiro: RJ, 2018. Acesso em: 13 jul. 2021. Disponível em: <http://www2.rio.rj.gov.br/smf/banco/pdforc/loa/lei6707_2020.pdf>.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Lei n° 6.842, de 29 de dezembro de 2020. Dispõe sobre o orçamento do município do Rio de Janeiro referente ao exercício de 2021. Rio de Janeiro: RJ, 2018. Acesso em: 14 jul. 2021. Disponível em: <http://www2.rio.rj.gov.br/smf/banco/pdforc/loa/lei6842_2020.pdf>.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Controladoria Geral do Município do Rio de Janeiro (CGM-Rio). Relatórios de Prestação de Contas da Cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: PCRJ /CGM, 2018-2020. Acesso em: 13 jul. 2021. Disponível em: <<https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/prestacao-de-contas>>.

RIO DE JANEIRO (Cidade). SECRETARIA Municipal de Saúde – SMS-Rio. Portal Eletrônico. Rio de Janeiro: Acessado em 13 jun. 2013. Disponível em: www.rio.rj.gov.br.

RIO DE JANEIRO, Prefeitura Municipal do. Comissão de Qualificação de Organizações Sociais (COQUALI). Deliberação n° 182, de 13 de julho de 2022. Rio de Janeiro, 2022. Acesso em 6 jul. 2023. Disponível em: https://www2.rio.rj.gov.br/conlegis/legis_consulta/66976Delib%20COQUALI%20182_2022.pdf.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio). Contrato de Gestão nº 02/2021. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 7 abr. 2021. Disponível em:

<<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/12650953/4319863/cg0022021cap3.1alemao.pdf>>. Acesso em: 5 mai. 2023.

SECCHI, Leonardo. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Revista de Administração Pública*, v. 43, n. 2, p. 347-369, 2009. Acesso em: 20 Jun. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a04>.

SILVA, Beatriz Zocal da. **Pela DesCriminalização da saúde**: reflexões sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro-RJ e seu agravamento na pandemia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. v. 30, n. 03. Acessado em: 22 Nov. 2022, e300308. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300308>>. ISSN 1809-4481.

SILVA, R. R. Concepções e funções da descentralização na gestão pública democrática e no gerencialismo. *O social em questão*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 36, p. 337-358, 2016.

SINGER, André. Raízes sociais e ideológicas do lulismo. *Novos Estudos CEBRAP*, nº 85, nov. 2009.

SOARES, Marcia Miranda. **Formas de Estado**: Federalismo, 2012, mimeo.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde em Debate* [online]. 2016, v. 40, n. 108. pp. 204-218. Acesso em: 21 Dez. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>>.

SOUZA FILHO, R. (Tese de Doutorado). Estado, Burocracia e Patrimonialismo no desenvolvimento da Administração Pública Brasileira. Tese de Doutorado. Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006. Acesso em 19 nov. 2021 Disponível em: <https://www.livrosgratis.com.br/ler-livro-online-30420/estado-burocracia-e-patrimonialismo-no-desenvolvimento-da-administracao-publica-brasileira>.

SPILLER, Eduardo Santiago; SENNA, Ana Maria; SANTOS, José Maria dos; VILAR, Josier Marques. *Gestão dos serviços em saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Editora FGV, 2009.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira. *In*: BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sônia Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, organizadores. **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec - CEBES; 1988. Disponível em: <<https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Reforma-Sanitaria-Italia-e-Brasil.pdf>>.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; LEVCOVICZ, Eduardo; DAL POZ, Mário Roberto. O SUS no estado do Rio De Janeiro. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 11(2): 11-17, 2001. Acesso em: 15 mai. 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/xHGHHgjSf8FstxqZmNjWxDS/?format=pdf&lang=pt>>.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; VITZ, Eduardo Levco; DAL POZ, Mário Roberto (organizadores). O SUS no Estado do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Dez/2001, v. 11, n. 2. Acesso em: 03 Fev. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312001000200002>.

WILSON, Woodrow. *The study of Administration*. *Political Science Quarterly*, v. 2, n. 2. Jun., 1887, pp. 197-222. Acesso em: 14 out. 2021. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2139277?origin=JSTOR-pdf&seq=1#metadata_info_tab_contents>.