



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Ciências Sociais

Instituto de Estudos Sociais e Políticos

Débora Castanheira Pires

**O público e o privado na saúde do Estado do Rio de Janeiro: o caso da  
transição do modelo da gestão de serviços de saúde**

Rio de Janeiro

2017

Débora Castanheira Pires

**O público e o privado na saúde do Estado do Rio de Janeiro: o caso da transição do modelo da gestão de serviços de saúde**



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção de título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Cesar Guimarães  
Coorientadora: Prof. Dra. Silvia Gerschman

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA IESP

P667 Pires, Débora Castanheira.  
O público e o privado na saúde do Estado do Rio de Janeiro: o caso da transição do modelo da gestão de serviços de saúde / Débora Castanheira Pires. – 2017.  
197f.:  
  
Orientador: Cesar Guimarães.  
Coorientadora: Sílvia Gerschman.  
Tese (Doutorado em Ciência Política) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos Sociais e Políticos.  
  
1. Política de Saúde – Rio de Janeiro (Estado) - Teses. 2. Saúde pública - Financiamento - Rio de Janeiro (Estado) - Teses. 3. Privatização - Rio de Janeiro (Estado) – Teses. I. Guimarães, Cesar. II. Gerschman, Sílvia. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Estudos Sociais e Políticos. IV. Título.  
  
CDU614 (815.3)

Rosalina Barros CRB-7 / 4204 - Bibliotecária responsável pela elaboração da ficha catalográfica.

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

---

Assinatura

---

Data

Débora Castanheira Pires

**O público e o privado na saúde do Estado do Rio de Janeiro: o caso da transição do modelo da gestão de serviços de saúde.**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção de título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 04 de setembro de 2017.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Cesar Guimarães (Orientador)  
Instituto de Estudos Sociais e Políticos - UERJ

---

Prof. Dra. Silvia Gerschman (Coorientadora)  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

---

Prof. Dr. Fabiano Guilherme Mendes Santos  
Instituto de Estudos Sociais e Políticos - UERJ

---

Prof. Dra. Argelina Cheibub Figueiredo  
Instituto de Estudos Sociais e Políticos - UERJ

---

Prof. Dra. Maria Lúcia Werneck Vianna  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof. Dra. Luciana Dias de Lima  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2017

## DEDICATÓRIA

Para Isis, minha filha querida. Na impossibilidade de encontrar palavras que alcancem o quanto a amo, me limito a dizer que você mudou a minha vida. O mundo que enxergo hoje, assim o faço em razão do aprendizado com você.

## AGRADECIMENTOS

A tese que agora apresento é fruto não apenas de muito trabalho e dedicação, mas também é resultado da influência de diversas pessoas na minha vida. Embora o processo de escrita seja, em geral, muito solitário, preciso reconhecer que sem algumas pessoas nada disso seria possível e ser-lhes-ei para sempre grata pela ajuda neste percurso.

Antes de mais ninguém, preciso agradecer a Cesar Guimarães e a Silvia Gerschman, meus queridos orientadores. A história da minha vida acadêmica, profissional e pessoal é marcada pela presença dessas duas pessoas especiais. Entre cobranças, sempre muito justas, e incentivos para que eu relaxasse, eles foram essenciais para que eu encontrasse o equilíbrio necessário para terminar esta tese.

Gostaria especialmente de agradecer a Cesar o cuidado e atenção que me dispensou desde o mestrado. Só quem convive com ele sabe como é enriquecedor poder compartilhar de seu conhecimento, que ele passa de forma quase altruísta. A Silvia agradeço pelo privilégio de fazer parte de sua pesquisa, pela cobrança para atingir o potencial do tema aqui estudado, e pela amizade.

A Philippe Pantoja, meu companheiro, agradeço pela compreensão, amor, cuidado e por ser uma pessoa especial nessa jornada. A minha mãe, Ana, e irmã, Bárbara, agradeço muitíssimo por me escutarem, por cuidarem de Isis nesses tempos atribulados e, talvez principalmente, por cuidarem de mim nas horas que mais precisei. Foi apenas em razão do carinho de vocês que consegui terminar este trabalho.

A Tassia Rebelo, Vinícius Werneck, Pedro Bennetti, Paulo Henrique Casimiro, Marcelo Barata Ribeiro e Danielle Costa agradeço pelo companheirismo. A amizade com vocês foi uma das coisas mais bonitas e inesperadas que o mestrado e doutorado trouxeram para minha vida.

Aos queridos Paulo Durán, Carolina Carvalho e Clara Faulhaber, com os quais tive o prazer de trabalhar por vários anos, agradeço as conversas e ajuda com a bibliografia e análise de dados. Paulo, obrigada pela inestimável ajuda em compreender a dinâmica dos conselhos participativos no Rio de Janeiro. Carolina, agradeço por compartilhar comigo as dificuldades do processo de coleta e análise dos dados nos quais essa tese foi baseada. Clara, sua amizade é preciosa na minha vida, e estarei para sempre em débito por sua ajuda neste processo.

Às amigas Jéssica Muzy, Letícia Sabbadini e Aline Marques eu agradeço por não me deixarem enlouquecer no meio da loucura de compatibilizar trabalho, tese e (ai meu Deus!) um bebê. Obrigada pela companhia, por me ouvirem reclamar e pelos momentos divertidos que compartilhamos.

Finalmente, agradeço à minha avó, Maria, cujas orações tenho certeza que contribuíram para levar a bom termo este trabalho.

## RESUMO

PIRES, D. C. *O público e o privado na saúde do Estado do Rio de Janeiro: o caso da transição do modelo da gestão de serviços de saúde*. Orientador: Cesar Guimarães. 2017. 197f. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Esta tese tem por objetivo realizar uma análise detalhada do processo de inclusão do tema da gestão privada de serviços públicos de saúde na agenda decisória do Estado do Rio de Janeiro e sua posterior aprovação e implementação. Para entender esse processo esta tese propõe um diálogo entre paradigmas e matrizes disciplinares, incorporando e articulando visões de status teórico completamente diverso. Para tal, busca-se modelos de análise de políticas públicas que expliquem processos em nível local, mas sem abandonar a perspectiva teórica que guia quais questões serão colocadas e que tipo de pesquisa será realizada. A hipótese desenvolvida é que o Governador Sérgio Cabral e seu Secretário de Saúde, Sérgio Côrtes, empreenderam esta mudança aproveitando-se de um momento propício para negociação com outros participantes da arena política estadual, momento este provocado pelo amotinamento dos bombeiros militares. Isto teria permitido a entrada do tema da gestão da saúde na agenda do governo – problema construído em grande parte com a ajuda da mídia – e, posteriormente, que a gestão privada de serviços públicos fosse apresentada como solução. Tal tese foi construída por uma comunidade epistêmica centrada no Banco Mundial e que contrasta com a até então vigente no Brasil, defendida pela Reforma Sanitária. Os resultados mostraram que o Governador e o Secretário colocaram o problema da gestão da saúde no território fluminense na agenda pública a partir de sequência de reelaborações da gestão de serviços enquanto problema de saúde pública, primeiro enquadrando-o como um problema de deficiência da rede assistencial, principalmente de emergências e, posteriormente, rearticulando-o como resultado da inabilidade da administração direta na prestação de serviços e controle de recursos humanos. Por sua vez, os dados sobre a produção da mídia de massa no período mostram que os veículos de comunicação foram cruciais para a construção do problema, ao desenvolverem uma imagem dos serviços público de saúde como em estado “crítico” ou “emergencial”. No que tange à negociação nas três arenas que poderiam funcionar como pontos de veto para a mudança do modelo de gestão, os resultados mostraram que a baixa capacidade burocrática da Secretaria Estadual de Saúde, a pouca capacidade para o controle social do Conselho Estadual de Saúde e a abundância de recursos para realização de pagamentos paralelos para deputados da ALERJ, advindos das rendas do petróleo, diminuíram os custos de negociação de forma suficiente para permitir a aprovação da transição para a gestão privada de serviços públicos por meio de Organizações Sociais de Saúde.

Palavras-chave: política de saúde; organizações sociais; Rio de Janeiro; políticas públicas; gestão em saúde.

## ABSTRACT

PIRES, D. C. *The public and the private on the health services of the State of Rio de Janeiro: the case of model transition into the health services management*. Orientador: Cesar Guimarães. 2017. 197f. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

This thesis aims to perform a detailed analysis of the process of inclusion of the topic of private management of public health services in the decision-making agenda of the State of Rio de Janeiro and its subsequent approval and implementation. To understand this process, we propose a dialogue between paradigms and disciplinary matrices, incorporating and articulating visions of completely different theoretical status. To do this, we seek models of public policy analysis that explain processes at the local level, but without abandoning the theoretical perspective that guides what issues will be posed and what kind of research will be carried out. The hypothesis developed is that Governor Sérgio Cabral and his Secretary of Health, Sergio Cortes, undertook this change taking advantage of a favorable moment for negotiation with other participants in the state political arena, a moment caused by the mutiny of the military firefighters. This would have allowed the health management theme to enter the government's agenda - a problem largely built with the help of the media - and later, for private management of public services to be presented as a solution. An epistemic community centered on the World Bank constructed such a thesis and that contrasts with the one previously held in Brazil, defended by the Sanitary Reform. The results showed that the Governor and the Secretary placed the problem of health management in the state of Rio de Janeiro on the public agenda based on a sequence of re-elaborations of the management of services as a public health problem. First, it was elaborated as a problem of deficiency in the health care network, mainly of emergencies and, later on, rearticulated as a result of the inability of the direct administration in the provision of services and control of human resources. Data on mass media production in the period, for their part, show that communication vehicles were crucial to building the problem by developing an image of public health services as being in a "critical" or "emergency" state. Regarding the negotiation in the three arenas that could act as veto points for the change, the results showed that the small bureaucratic capacity of the State Department of Health, the small capacity for social control of the State Health Council and the abundance of resources to make parallel payments to ALERJ deputies reduced negotiation costs sufficiently to permit the approval of the transition to private management of public services through Social Health Organizations.

Keywords: health policy; social organizations; Rio de Janeiro; public policy; health management.

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 – Aspectos da relação público-privado, mecanismos de controle e participação social das modalidades jurídico-administrativas .....	29
Quadro 2 – Dimensões analíticas e indicadores de capacidade burocrática .....	121
Quadro 3 – Dimensões analíticas e indicadores de capacidade burocrática da SES-RJ, 2007-2012 .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
Quadro 4 – Estruturas institucionais de gestão e de decisão do SUS.....	136
Quadro 5 – Comparação entre os poderes de agenda das lideranças partidárias da Câmara dos Deputados e da ALERJ .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
Quadro 6 – Distribuição das receitas do petróleo ( <i>royalties</i> e participação especial).....	157
Figura 1 – Diagrama do Modelo de Múltiplos-Fluxos.....	64

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Estabelecimentos de saúde, por tipo de atendimento e esfera administrativa da entidade mantenedora – Brasil, 1976-2009 .....	81
Gráfico 2 - Diagrama de dispersão entre cobertura ESF e Taxa ICSAP. Brasil, 2000 a 2015 .....	85
Gráfico 3 – Distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica por operadora (Brasil, dezembro/2016) .....	131
Gráfico 4 – Produção de Petróleo e Gás: Brasil e Rio de Janeiro. 2000-2016 (bep) .....	160
Gráfico 5 – Evolução do preço do barril do petróleo (WTI/BRENT) no mercado mundial. 2000-2016 (em US\$) .....	160

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação. Brasil, 2002, 2005, 2009 .....	82
Tabela 2 – Leitos para internação em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa e ano. Brasil, Sudeste e Rio de Janeiro, 2002, 2005 e 2009 .....	83
Tabela 3 – Despesas da administração direta no Rio de Janeiro com saúde, por fonte de recursos e % do PIB. 2003-2014 .....	99
Tabela 4 – Notícias sobre gestão em saúde publicadas no Rio de Janeiro, por categoria e ano (nº e %), 2003-2011 .....	101
Tabela 5 – Notícias da categoria crise, por subtema e ano (2003-2011) .....	107
Tabela 6 – Número médio de candidatos por vaga para as Assembleias Legislativas dos Estados: eleições 1994, 1998, 2002, 2006 e 2010 .....	150
Tabela 7 - Distribuição de Cadeiras na ALERJ, por posição em relação ao partido do Governador. Rio de Janeiro, 1994, 1998, 2002, 2006 e 2010. ....	152
Tabela 8 – <i>Royalties</i> e Participações Especiais. Rio de Janeiro, 2000-2016, em valores correntes e corrigidos pelo INPC (em R\$) .....	163

## LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANP	Agência Nacional do Petróleo
ALERJ	Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
APS	Atenção Primária à Saúde
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CGRs	Colegiados de Gestão Regional
CCJ	Comissão de Constituição e Justiça
COF	Comissão de Orçamento e Finanças
CS	Comissão de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CIT	Comissões Intergestoras Tripartites
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CES-RJ	Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
COREN-RJ	Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro
CF	Constituição Federal
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
COFINS	Contribuição Social sobre o Financiamento da Seguridade Social
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
DRU	Desvinculação de Receita da União
EC	Emenda Constitucional
ENSP/FIOCRUZ	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FSE	Fundo Social de Emergência
FPE	Fundos de Participação dos Estados
FPM	Fundos de Participação dos Municípios
INPC	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia

ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
LOA	Lei Orçamentária Anual
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MPERJ	Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro
MPF	Ministério Público Federal
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
ONGs	Organizações Não Governamentais
OSs	Organizações Sociais
PPPs	Parcerias Público-Privadas
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PAB	Piso da Atenção Básica
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PROES	Programa de Incentivo a Redução do Setor Público Estadual na Atividade Bancária
PIS	Programa de Integração Social
PPIs	Programações Pactuadas e Integradas de Assistência à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SEDEC	Secretaria de Defesa Civil
SES-RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SGTES/MS	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
STF	Supremo Tribunal Federal
TCU	Tribunal de Contas da União
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCM-RJ	Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro
UPPs	Unidades de Polícia Pacificadora
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
1	<b>INOVAÇÕES ADMINISTRATIVAS E GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: OSs; OSCIPs e FEDP</b> .....	23
1.1	<b>Organizações Sociais (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)</b> .....	25
1.2	<b>Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP)</b> .....	30
2.	<b>ESTADO, POLÍTICAS SOCIAIS E FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE</b> .....	34
2.1	<b>A literatura sobre a política de saúde no Brasil</b> .....	34
2.2	<b>O Estado capitalista e as políticas sociais</b> .....	40
2.2.1	<u>O papel das políticas sociais no capitalismo tardio e a política de saúde no Brasil</u> .....	40
2.2.2	<u>Por que e como políticas sociais são alteradas?</u> .....	45
2.2.3	<u>Limites do marxismo na análise de formulação de políticas públicas</u> .....	48
2.3	<b>A formulação de políticas sociais a partir da literatura de políticas públicas</b> .....	48
2.3.1	<u>Caminhos de análise da formulação de políticas públicas</u> .....	48
2.3.2	<u>Teorias de médio alcance para análise de dados empíricos</u> .....	51
2.3.3	<u>O modelo de múltiplos-fluxos: base para organização do estudo empírico</u> ..	55
3.	<b>DEFININDO O PROBLEMA DA GESTÃO EM SAÚDE: EMPREENDEDORES, OPÇÕES E SOLUÇÕES</b> .....	71
3.1	<b>Papel do fundo público em momentos de crise do capitalismo: uma breve análise do setor saúde</b> .....	73
3.2	<b>Empreendedores políticos e mudança de políticas sociais</b> .....	76
3.3	<b>Organização em rede, serviços emergenciais e UPAs</b> .....	81
3.4	<b>Gestão do trabalho em saúde e privatização da gestão</b> .....	92
4.	<b>O PAPEL DA MÍDIA DE MASSA NA CONSTRUÇÃO DA IMAGEM DO SUS NO RIO DE JANEIRO</b> .....	99
4.1	<b>Metodologia e dados</b> .....	102
4.2	<b>Resultados: a gestão estadual de saúde na mídia fluminense</b> .....	104
4.3	<b>Construção de uma imagem de crise e mudança do modelo de gestão</b> ...	106
5.	<b>ARENAS DE NEGOCIAÇÃO E ATORES DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE</b> .....	111
5.1	<b>Autonomia do Estado, capacidade burocrática e políticas redistributivas no Rio de Janeiro</b> .....	111
5.1.1	<u>Papel da burocracia na formulação e implementação de políticas redistributivas</u> .....	111
5.1.2	<u>O caso dos países de industrialização tardia</u> .....	116
5.1.3	<u>A agenda de reforma das políticas sociais: o caso do SUS</u> .....	119
5.1.4	<u>Capacidade burocrática da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro</u> .	122

5.1.5	<u>Configuração do setor empresarial de saúde no Brasil</u> .....	126
5.1.6	<u>A autonomia da burocracia da SES-RJ em questão</u> .....	131
5.2	<b>Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro: institucionalização e controle social</b> .....	132
5.2.1	<u>O Estado e a participação social na institucionalização do SUS</u> .....	134
5.2.2	<u>Relação entre o CES-RJ e a SES-RJ no governo de Sérgio Cabral</u> .....	139
5.2.3	<u>A gestão privada de serviços públicos no CES-RJ</u> .....	141
5.3	<b>ALERJ: sistema eleitoral, negociação política e pagamentos paralelos</b> .	142
5.3.1	<u>Aspectos da relação entre Executivo e Legislativo nos estados brasileiros</u> ...	143
5.3.2	<u>Competição eleitoral e formação de coalizões na ALERJ</u> .....	147
5.3.3	<u>Regimento interno, dispersão de poder e negociação na ALERJ</u> .....	151
5.3.4	<u>Pagamentos paralelos, recursos orçamentários e royalties</u> .....	155
5.3.5	<u>O processo de negociação da Lei das OSs</u> .....	162
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	168
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	174

## INTRODUÇÃO

Desde sua construção, o atual sistema de saúde brasileiro é palco da disputa entre modelos assistenciais distintos. Existem tendências conflitantes de reprodução dos modelos médico-assistenciais privatistas, com ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de diagnóstico e terapêutico, e sanitarista, fruto do movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que aposta na prevenção e na modificação dos determinantes sociais de saúde.

A conjuntura política de transição para a democracia favoreceu as propostas de mudança defendidas por um intenso movimento, iniciado por uma comunidade de especialistas e ampliado com o envolvimento de outros grupos de interesse, que acabou por elaborar a proposta de Reforma Sanitária.

A RSB tornou-se um amplo movimento pela democratização da saúde, expresso pela proposta de universalização dos serviços de saúde e revisão do modelo assistencial então vigente, baseado no paradigma clínico e hospitalocêntrico (PAIM, 1992; GERSCHMAN, 1995). O movimento da RSB alcançou sua maior vitória com a incorporação do direito universal à saúde como cláusula pétrea – isto é, fora do alcance do poder de revisão ou reforma do Poder Constituinte Derivado<sup>1</sup> – na Constituição Federal de 1988 (art. 6º)<sup>2</sup>. Mais do que isso: a Constituição Federal (CF) coloca tal direito como dever do Estado, adota um modelo voltado para a redução do risco e traça os contornos de um sistema de saúde universal (Título 8, Capítulo 2, Seção II), mostrando alinhamento com as propostas da RSB.

Assim, a Constituição Federal de 1988 aparentemente consagra o modelo sanitarista e o Sistema Único de Saúde (SUS) como a tradução setorial e institucional da proposta de um sistema nacional de acesso universal e integral elaborada pela Reforma Sanitária (PAIM et al., 2011). Entretanto, já existia um robusto setor privado de saúde que não podia ser ignorado. Por um lado, o seguro privado de saúde era utilizado por parcela significativa da população. Por

---

<sup>1</sup> Para mais sobre cláusulas pétreas ver: SARLET, I.W. Os direitos fundamentais sociais como “cláusulas pétreas”. *Cadernos de Direito*, v.3, n.5, p. 78-97, 2011; e FERREIRA FILHO, M.G. Significação e alcance das “cláusulas pétreas”. *Revista de Direito Administrativo*, v. 202, p. 11-17, 1995.

<sup>2</sup> Para mais sobre a inclusão dos direitos sociais do art. 6º da CF como parte do rol de cláusulas pétreas do art. 60, ver: CANOTILHO, J. J. G. *Direito Constitucional*. Coimbra: Almedinha, 1993; HORTA, Raul Machado. Natureza, limitações e tendências da revisão constitucional. *Revista brasileira de estudos políticos*. v. 78/79, p. 15-6. 1994; COSTA E SILVA, G. J. *Os limites da reforma constitucional*. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.; SARLET, I. W. Os direitos fundamentais sociais como “cláusulas pétreas”. *Cadernos de Direito*. v. 3, n.5, p. 78-97, jul.-dez./2003. Esta parece ser também a tendência dos julgados do STF, apesar de não haver um posicionamento claro sobre o tema: ADI 939-DF, ADI 1946-DF e RE 633.703.

outro, e mais relevante, o parque hospitalar brasileiro era predominantemente privado, com destaque para o setor de entidades privadas sem fins lucrativos.

Não deve ser desconsiderado que esse parque hospitalar privado foi constituído a partir da década de 1930 basicamente mediante financiamento estatal, como parte do Modelo Corporativo de saúde, que limitava o acesso aos hospitais privados do setor ocupacional correspondente (ALMEIDA, 2002).

Na década de 1970, há uma substituição do modelo corporativo por um novo modelo que se baseia na individualização do risco. Para aqueles que podem pagar há uma explosão da oferta de seguros de saúde. Essa expansão do mercado ocorre seja com a anuência e promoção do Estado por meio de subsídios e renúncias fiscais, seja com a ausência de uma regulamentação efetiva que possa conter os abusos e desrespeitos aos direitos dos consumidores (TEIXEIRA, 2009).

O modelo que emerge nos anos 1990 é de um sistema de saúde nacional e universal, que conta com um segmento suplementar de planos privados de saúde, mas cujos serviços de assistência – principalmente de média e alta complexidade – são prestados quase que exclusivamente por hospitais privados.

O compromisso do SUS passa a ser com o aumento da rede hospitalar própria. Mas as relações pautadas historicamente pelas instituições públicas e privadas na saúde constroem ou limitam uma nova institucionalidade do setor público e dos serviços de saúde nas instâncias federativas, estaduais e municipais, que compõem o SUS (GERSCHMAN, 2008).

Além disso, a implementação do SUS na década de 1990 ocorreu em um cenário de viés ideológico neoliberal que propugnava a ampliação das relações comerciais na prestação de serviços, inclusive relativos à saúde, e uma redução no papel do Estado como provedor direto destes serviços.

Uma das questões centrais do debate na área da saúde diz respeito à implantação de novas formas de gestão e provisão de seus serviços. As alternativas que surgiram apontaram para a transformação do papel do Estado, com a substituição paulatina das funções de financiamento e provisão de serviços para a função de regulação da produção.

No final dos anos 1990 entraram em vigor as primeiras leis que tratam da prestação privada de serviços públicos de saúde. A Lei 9.637, de 15 de maio de 1998, conhecida como Lei das Organizações Sociais (OSs) e a Lei 9.790, de 23 de março de 1999, conhecida como Lei das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), que regulavam os vínculos do setor público com entidades sem fins lucrativos. Posteriormente, a Lei 11.079, de 30 de dezembro de 2004, a Lei das Parcerias Público-Privadas (PPPs), previu a possibilidade

de participação de entidades com fins lucrativos. Como tentativa de contraposição a este projeto neoliberal, vemos a proposta de Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) desenvolvida durante a presidência de Luiz Inácio Lula da Silva.

A expansão do setor privado no interior do SUS muda de figura. Sua principal forma deixa de ser a contratação de serviços hospitalares da rede privada e passa a ser o repasse da gestão do SUS para entidades privadas, com a implantação de novos modelos de gestão (CORREIA, 2011). Com base nesse esboço jurídico, vários estados e municípios brasileiros passaram a transferir o gerenciamento dos serviços de saúde a entidades privadas, sob a forma de contratos de gestão, com a transferência de bens móveis, recursos humanos e financeiros. Em 2016, todos os 26 estados e o Distrito Federal possuíam legislação específica sobre a instalação de OSs ou OSCIPs para a gestão da saúde estadual.

Não obstante esta tendência geral, a trajetória político-institucional do SUS tem assumido ritmos e formas diferentes em cada unidade da Federação, principalmente em decorrência da correlação de forças de cada conjuntura. No Estado do Rio de Janeiro, a mudança do modelo de gestão da saúde ganha impulso com os governos de Sérgio Cabral (2007-2011 e 2011-2015), a regulamentação foi feita pela Lei 6.043, de 19 de setembro de 2011. A aprovação nesta data pode ser considerada tardia quando a comparamos com o cenário nacional. De fato, sete estados aprovaram sua legislação ainda nos anos 1990<sup>3</sup> e onze no início dos anos 2000<sup>4,5</sup>.

Este fato levanta algumas perguntas interessantes: por que o governo de Sérgio Cabral logrou realizar a transição de paradigma de gestão enquanto outros com situação semelhante, como o governo de Marcelo Alencar (1995-1999), não obtiveram? Diante da inexistência de instabilidades institucionais e políticas significativas, quais fatores influenciam o sucesso e o fracasso na formulação da política de saúde no Estado do Rio de Janeiro? Quais foram os recursos mobilizados pelo Poder Executivo para garantir a mudança?

Tais questionamentos estimularam a realização desta pesquisa que, a partir de uma análise mais detalhada do contexto e das características do processo de inclusão da questão do

---

<sup>3</sup> São Paulo (Lei Complementar 846/1998), Maranhão (Lei 7.066/1998), Espírito Santo (Lei Complementar 158/1999). Merecem destaque, ainda, o pioneirismo de alguns estados ao promulgarem leis estaduais sobre o tema que antecederam a Lei federal de OSs, tais como o Pará (Lei 5.980/1996), a Bahia (Lei 7.027/1997), o Ceará (Lei 12.781/1997) e Roraima (Lei 174/1997).

<sup>4</sup> Pernambuco (Lei 11.743/2000), Mato Grosso do Sul (Lei 2.152/2000), Amapá (Lei 599/01), Acre (Lei 1.428/2002), Minas Gerais (Lei 14.870/2003), Sergipe (Lei 5.217/2003), Mato Grosso (Lei Complementar 150/2004), Rio Grande do Norte (Lei Complementar 271/2004), Santa Catarina (Lei 12.929/2004), Goiás (Lei 15.503/2005) e Piauí (Lei 5.519/2005). Na segunda metade dos anos 2000, foram aprovadas as leis de Paraíba (Lei Complementar 74/2007), Rio Grande do Sul (Lei 12.901/2008) e Distrito Federal (Lei 4.081/2008).

<sup>5</sup> Rondônia (Lei 2.675/2011), Paraná (Lei Complementar 140/2011) e Tocantins (Lei 2.427/2011) aprovaram no mesmo ano que o Rio de Janeiro e Amazonas (Lei 3.900/2013) e Alagoas (Lei 7.777/2016) aprovaram depois.

gerenciamento privado dos serviços de saúde na agenda pública e sua posterior aprovação e implementação, busca investigar porque e como se deu esse processo de transformação da gestão, identificando as distintas posições dos atores envolvidos, os mecanismos de negociação, as alianças estratégicas de apoio ou oposição ao projeto.

A hipótese que sustentamos neste trabalho é que o empreendedor da mudança do tipo de gestão em saúde ocorrida no Rio de Janeiro foi o Governador Sérgio Cabral, que teria se beneficiado de uma janela de oportunidade aberta, em um momento propício para a negociação com outros participantes da arena política estadual, em razão do amotinamento dos bombeiros militares, o que permitiu que colocasse o problema da gestão da saúde no Estado – problema em grande parte construído com a ajuda da mídia – e na agenda do governo e que, posteriormente, apresentasse como solução a gestão privada de serviços públicos – tese construída por uma comunidade epistêmica centrada no Banco Mundial e que contrasta com a até então vigente no Brasil, defendida pela Reforma Sanitária.

Para entender esse processo, esta tese propõe um diálogo entre paradigmas e matrizes disciplinares, incorporando e articulando visões de status teórico completamente diverso, buscando modelos de análise de políticas públicas que expliquem processos em nível local, mas sem abandonar a perspectiva teórica que guia quais questões serão colocadas e que tipo de pesquisa será realizada. A construção deste tipo de análise é possível desde que respeitados os limites de cada teoria utilizada.

Assim, adotamos como ponto de partida a reflexão marxista sobre a função do Estado e das políticas sociais em um regime capitalista, reforçando que o resultado das políticas públicas é mais do que um agregado de decisões maximizadoras de indivíduos isolados. Ao considerarmos os condicionantes macroeconômicos das decisões, incluímos uma dimensão analítica no trabalho que permite entender em perspectiva o conjunto singular de eventos ocorrido no Rio de Janeiro.

Para analisar o processo político de incorporação das propostas/modelos de gestão baseados na Reforma Gerencial na agenda do governo estadual, em um momento específico da conjuntura política e econômica do Estado do Rio de Janeiro na primeira metade da década de 2010, esta pesquisa adotará como quadro teórico de referência o modelo analítico do ciclo de políticas públicas, como desenvolvido por John W. Kingdon (1984)<sup>6</sup>. A utilização deste modelo

---

<sup>6</sup> As limitações do modelo do ciclo de políticas públicas não são ignoradas, elas serão consideradas posteriormente neste trabalho, juntamente com as razões para a escolha do modelo apesar de suas limitações.

nos permite isolar, mesmo que artificialmente, os momentos de “pré-decisão” e de “decisão” com relação aos problemas e políticas que constituem o objeto do projeto decisório.

Nesse sentido, a pesquisa se concentra nos períodos de “pré-decisão” e “decisão” ocorridos na cúpula do Executivo estadual, incluindo o primeiro escalão da Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), o Conselho Estadual de Saúde (CES-RJ) e a Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ). Este é um estudo qualitativo e explanatório sobre o processo de formulação de um novo modelo de gestão da saúde pública no Estado do Rio de Janeiro que foi escolhido por seu caráter único, e não por sua representatividade.

Os dados aqui apresentados são fruto da pesquisa “Políticas de Saúde, Gestão, Intersetorialidade, Regionalização e Participação Social no Estado do Rio de Janeiro” realizada na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) sob a coordenação da Prof. Dra. Silvia Gerschman. Os dados foram obtidos de diversas fontes primárias: entrevistas semi-estruturadas com gestores que ocuparam cargo de chefia na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro entre 2003 e 2012 e com conselheiros do Conselho Estadual de Saúde entre 2003 e 2012, consultas a todos os projetos de leis com a temática da saúde que tramitaram pela ALERJ no mesmo período e um levantamento das notícias dos jornais de circulação no Estado. A pesquisa utilizou o universo de gestores e conselheiros, por isso não se vale de procedimentos estatísticos de escolha dos entrevistados e não utiliza regressão para obter valores ajustados.

Os instrumentos de trabalho de campo (questionários semi-estruturados) procuraram abordar o caráter da gestão estadual, assim como as trajetórias políticas escolhidas pela gestão da Secretaria Estadual de Saúde no período 2003-2007 e a comparação destas trajetórias com aquelas adotadas no período 2007-2011. Os questionários foram compostos por um conjunto de perguntas fechadas e abertas, agrupadas em blocos que identificam as questões centrais desta pesquisa.

No que tange a Secretaria Estadual de Saúde, estes blocos foram: identificação do questionário; identificação do entrevistado; trajetória política dos gestores; relações entre entes federados; relações público-privado; processo decisório na Secretaria Estadual de Saúde; política de recursos humanos; programas e serviços de saúde; rede assistencial e regionalização; participação social; e financiamento. Para o Conselho Estadual de Saúde, os questionários foram tratados de maneira similar, sob a forma de questionários semi-estruturados, sendo as questões específicas referidas aos conselheiros e à gestão, à participação e ao controle social do Conselho, agrupadas nos seguintes blocos: identificação do questionário; identificação do entrevistado; composição e papel do Conselho; processo decisório e conflitos políticos no CES; relação entre CES e SES; e formas de representação no CES.

Uma vez formulados os questionários, foram contratados dois estatísticos do IBGE para trabalharmos sobre a consistência interna e adequação das perguntas para construção do banco de dados. A partir dos questionários, foi desenvolvida uma estrutura diferenciada que contempla ambos os questionários – gestores e conselheiros – e utilizando o programa Census and Survey Processing System (CSPPro) que permite a entrada de dados, assim como a tabulação e a disseminação de dados estatísticos.

Esta tese será dividida em cinco capítulos. No primeiro, buscamos caracterizar a natureza jurídica e regras de funcionamento das OSs, OSCIPs e FEDP para entender suas diferenças e suas consequências para a gestão em saúde, principalmente no que concerne à relação entre os setores público e privado. Essa breve análise das funções e características jurídicas desses institutos nos permitirão compreender a opção do governo do Estado do Rio de Janeiro pelas Organizações Sociais como modalidade de gestão dos serviços.

O segundo capítulo tem como objetivos apresentar a revisão da literatura sobre o tema da formulação da política de saúde no Brasil e o referencial teórico sobre o qual será construída esta tese.

O terceiro capítulo busca mostrar como o Governador Sérgio Cabral e seu Secretário de Saúde, Sérgio Côrtes, empreenderam a mudança na política de gestão em saúde por meio de sucessivos enquadramentos da questão da gestão em saúde no território, primeiramente rearticulando-a como um problema de atendimento emergencial e, posteriormente como um problema da ineficiência do setor público na gestão de recursos humanos.

O quarto capítulo pretende compreender o papel dos meios de comunicação de massa na formulação da agenda governamental no Rio de Janeiro. A hipótese é que a mídia foi um ator principal do fluxo de problemas, ao fazer um enquadramento da questão da saúde no estado consonante com a perspectiva do Governador e do Secretário Estadual de Saúde, permitindo aos argumentos destes um acesso mais fácil aos marcos interpretativos mais gerais construídos socialmente e que permitem às pessoas fazer sentido dos eventos e das situações sociais.

O quinto e último capítulo busca compreender o processo de negociação com os principais atores da política estadual de saúde: a burocracia da SES-RJ; o Conselho Estadual de Saúde e a Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. O objetivo do capítulo é entender como foi desenvolvida a barganha política que possibilitou a mudança de paradigma na gestão em saúde.

## 1 INOVAÇÕES ADMINISTRATIVAS E GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: OSs; OSCIPs e FEDP

Com a reorganização do capitalismo global provocada pela crise da década de 1970, surge um novo paradigma econômico-político baseado nas virtudes da privatização, livre-mercado e livre-comércio. Este projeto atingiu com forças os países da periferia do capitalismo e legitimou a adoção de políticas destinadas a adequar a economia desses países à nova estrutura do sistema. No Brasil, as reformas ganham força a partir da década de 1990.

O projeto neoliberal para a saúde pode ser deduzido a partir dos documentos produzidos pelo Banco Mundial sobre o tema. Esse órgão entra no debate internacional questionando uma premissa até então consensual, a responsabilidade do setor público na provisão de serviços de saúde. O argumento é baseado na separação entre funções do núcleo estratégico do Estado (entendidas como aquelas atividades essenciais, como elaboração de leis e estabelecimento de relações diplomáticas), atividades exclusivas (principalmente de fiscalização), serviços não-exclusivos (o setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas, como saúde e educação) e produção de bens e serviços para o mercado (corresponde à área de atuação das empresas) (BRASIL, 1995). Apesar de o Estado frequentemente se envolver em todas essas atividades, isso não seria o mais adequado e eficiente.

Para o setor de serviços não-exclusivos, a recomendação era a transferência de sua execução para o “setor público não estatal”, para a saúde isso significa “*o fortalecimento dos setores não-governamentais ligados à prestação dos serviços e a descentralização dos sistemas públicos de saúde*” (BANCO MUNDIAL, 1987). Os serviços ganhariam em eficiência e economicidade caso o setor público se limitasse apenas ao financiamento. Nesse sentido, o Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993: Investindo em Saúde, sustenta que “*não há teoria ou experiência que nos indique até que ponto o setor público deve prestar assistência médica diretamente (em vez de financiá-la)*” (BANCO MUNDIAL, 1993).

Os documentos produzidos por esse órgão para orientar a política de saúde especificamente brasileira – um do ano de 1991, “Brasil: novo desafio à saúde do adulto”, e outro de 1995, “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90” – seguem a mesma linha. Com base nos argumentos do Banco Mundial, o governo brasileiro elaborou, em 1995, um documento conjunto entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado – “Sistema de Atendimento de

Saúde do SUS” – que sintetiza a proposta de reforma para este setor. Essas ideias ensejam, em todas as esferas de governo, a criação de novos instrumentos de gestão em saúde. No âmbito federal, as leis 9.637/98 e 9.790/99, que tratam respectivamente da criação de Organizações Sociais (OSs) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), são marcos dessa mudança administrativa.

Já no contexto menos radical dos anos 2000, surge a proposta de criação de uma nova modalidade jurídica que permitiria contornar o problema da agilidade da gestão, sem, contudo, terceirizar a prestação de serviços públicos, as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP). Apesar de ainda em discussão no âmbito federal (ver Projeto de Lei Complementar 92-A/2007), essa solução foi adotada em diversos estados e municípios. As FEDP são essencialmente diferentes das modalidades de entidades da sociedade civil que estabelecem relação de fomento e parceria com o Estado, pois consistem em patrimônio público personalizado segundo as regras do direito privado para a prestação de serviços públicos. Sua principal função não seria a gestão de unidades de saúde, mas a de apoio à gestão, principalmente agilizando contratação de recursos humanos e licitações.

O objetivo deste capítulo será caracterizar a natureza jurídica e regras de funcionamento das OSs, OSCIPs e FEDP, buscando entender suas diferenças e suas consequências para a gestão em saúde, principalmente no que concerne à relação entre os setores público e privado. Essa breve análise das funções e características jurídicas desses institutos nos permitirão entender a opção do governo do Estado do Rio de Janeiro pelas Organizações Sociais como modalidade de gestão dos serviços. O capítulo será dividido em duas partes: na primeira, examinaremos as modalidades criadas no contexto de Reforma do Estado e Novo gerencialismo público dos anos 1990 (OSs e OSCIPs) e, na segunda, as FEDP, proposta elaborada no momento de valorização do setor público do primeiro governo do presidente Lula.

## 1.1 Organizações Sociais (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)

As Organizações Sociais, criadas no âmbito federal pela Lei 9.637/98 são hoje uma forma comum de gestão em saúde<sup>7</sup>, presente em todos os estados brasileiros (ver Quadro 1). Trata-se, na verdade, de uma qualificação dada a pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que existia previamente. Nenhuma entidade nasce com o nome de organização social; a entidade é criada como associação ou fundação e, habilitando-se perante o Poder Público, recebe a qualificação; trata-se de título jurídico outorgado e cancelado pelo Poder Público (DI PIETRO, 2014, p. 580). No entanto, a lei não estabelece a necessidade de atuação preexistente ou patrimônio próprio para a celebração de contrato com a administração pública, isso significa que uma entidade jurídica pode ser criada exclusivamente com essa finalidade.

Sua função principal é assumir a gestão de unidades e serviços que antes eram exercidos diretamente pela administração pública. Mas elas existem fora da administração pública, isso significa uma separação institucional do governo, ou seja, que as OSs não fazem parte do aparato governamental e não exercem autoridade governamental, tendo assim uma identidade institucional própria. Essa separação implica em maior autonomia administrativa, tanto na sua produção quanto na utilização dos fundos que financiam as suas atividades. Elas atuam de acordo com as normas de direito privado, tanto na perspectiva civil quanto trabalhista. Não estão, portanto, obrigadas a obedecer ao regime de contratação por licitações ou ao regime jurídico único. Possuem, todavia, imunidade tributária.

Sua vinculação à administração pública é feita por meio de um contrato de gestão, que estabelece regras de financiamento, prazos e metas. Esses contratos são a principal forma de controle sobre sua atuação, sendo celebrados e fiscalizados diretamente pelo ministério (no caso de contrato com a União) ou secretaria (no caso de estados ou municípios) ao qual estão vinculados. Quanto ao controle social, a legislação federal impõe a necessidade de participação de representantes do poder público e da sociedade, medida nem sempre replicada nas legislações estaduais.

A flexibilidade e agilidade alcançadas por meio dessa modalidade de gestão têm sido saudadas como advento de uma era pós-burocrática, na qual as mazelas da burocracia estatal seriam, por fim, equacionadas com maior racionalidade no seio da própria sociedade

---

<sup>7</sup> A atuação das Organizações Sociais não está restrita à saúde, elas podem gerenciar serviços também nas seguintes áreas: pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente e cultura (art. 1º da Lei 9.637/98).

(MARTINS, 1998). O conceito de terceiro setor articulado com a sociedade civil “*tende a ser interpretado como um conjunto de organizações distintas e ‘complementares’, destituídas dos conflitos e tensões de classe, onde prevalecem laços de solidariedade*” (IAMAMOTO, 2006, p. 31). Entretanto, ao contrário dos princípios de uma cidadania universal e igualitária,

*[...] 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, reforçando a seletividade no atendimento, segundo critérios estabelecidos pelos mantenedores* (IAMAMOTO, 2006, p. 31).

As OSs se responsabilizam apenas pela prestação do serviço, enquanto o financiamento da atividade continua sendo completamente estatal. O governo arca com a construção física da unidade e, via repasse, com os equipamentos, insumos e recursos humanos. Esse *modus operandi* contrasta com a perspectiva inicial da política do Banco Mundial, que era de cobrança de uma parte do atendimento aos usuários (BANCO MUNDIAL, 1993). Essa cobrança nunca gerou um volume expressivo de recursos nos países que foi implementada dado o perfil socioeconômico da demanda pelos serviços públicos de saúde (ANDREAZZI, 1997).

Surgidas em um mesmo contexto político das OSs, as OSCIPs (Lei 9.790/99) compartilham muitas de suas características principais, o que por vezes torna a diferenciação complicada. Ambas se alinham à lógica gerencialista de separação entre prestação de serviços e financiamento, sendo entidades sem finalidade lucrativa, de direito privado que estão fora da administração pública. Vinculam-se a esta última também por meio de um contrato (aqui denominado Termo de Parceria) e são através dele controladas e fiscalizadas.

Em termos jurídicos a maior diferença entre as OSs e OSCIPs é que a qualificação destas últimas não é feita por ato discricionário do Poder Público, mas está vinculada ao Ministério da Justiça que deve efetuar-la quando atendidos os requisitos legais, daí a exigência de preexistência de três anos de atividades (art. 1º, Lei 9.790/99). Seus objetivos também são mais amplos que aqueles definidos legalmente para as OSs, como mostra o art. 3º de sua lei de criação:

*Art. 3º A qualificação instituída por esta Lei, observado em qualquer caso, o princípio da universalização dos serviços, no respectivo âmbito de atuação das Organizações, somente será conferida às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujos objetivos sociais tenham pelo menos uma das seguintes finalidades:*  
*I - promoção da assistência social;*  
*II - promoção da cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico;*  
*III - promoção gratuita da educação, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;*

*IV - promoção gratuita da saúde, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;*  
*V - promoção da segurança alimentar e nutricional;*  
*VI - defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável;*  
*VII - promoção do voluntariado;*  
*VIII - promoção do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza;*  
*IX - experimentação, não lucrativa, de novos modelos sócio-produtivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito;*  
*X - promoção de direitos estabelecidos, construção de novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar;*  
*XI - promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais;*  
*XII - estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos que digam respeito às atividades mencionadas neste artigo.*  
*XIII - estudos e pesquisas para o desenvolvimento, a disponibilização e a implementação de tecnologias voltadas à mobilidade de pessoas, por qualquer meio de transporte (BRASIL, 1999).*

Em termos práticos, sua principal diferença está em sua função. Essa modalidade institucional não pode administrar bens e recursos humanos originários da administração pública. Atuando especialmente no âmbito comunitário, as OSCIP podem estabelecer parcerias com o SUS, com vistas a realizar atividades de saúde em sentido complementar, fazer avaliações de desempenho das unidades assistenciais e realizar pesquisas variadas sobre questões de saúde.

De modo geral, as OSCIPs não participam da gerência das unidades assistenciais do SUS, a não ser a título colaborativo, em função eventual de assessoria. Existem algumas experiências de utilização para administração de pessoal da estratégia de saúde da família, especialmente de agentes comunitários de saúde, em municípios de menor porte. Nesse caso, considerando a natureza jurídica do instituto, a maior parte da doutrina e tribunais concordam de tratar-se de terceirização espúria (NOGUEIRA, 2010). Por suas características, existe um número reduzido de OSCIPs atuando na área da saúde, levantamento de 2009 mostra que correspondiam a apenas 3,7% dos contratos entre entidades sem finalidade lucrativa e o setor público (NOGUEIRA, 2010).

A característica mais marcante tanto de OSs quanto de OSCIPs é sua falta de finalidade lucrativa, seus membros não possuem autorização de ganho financeiro oriundo das operações e não podem se apropriar do excedente financeiro que a organização porventura obtiver. Essa caracterização é problemática no contexto da prestação de serviços de saúde no Brasil. Principalmente no caso da gestão privada de serviços públicos, que é o tema desta tese, as distorções são recorrentes e levaram alguns autores a afirmar que essas novas modalidades de

gestão não passam de ficções jurídicas destinadas a facilitar a fuga ao controle público (BENEVIDES, 2008; CARVALHO NETO, 2008).

A literatura aponta pelo menos três desequilíbrios comuns nas relações desse tipo entre os setores público e privado: fraude tributária, “quarteirização” dos serviços prestados e antieconomicidade do modelo. A fraude tributária se refere ao eventual uso das atividades das unidades de saúde regidas por meio de OSs como parte da comprovação da cota de atendimento ao SUS necessária à condição de entidade filantrópica (PAHIM, 2009). Como se sabe, a certificação de filantropia isenta as entidades do recolhimento de uma série de impostos e contribuições, entre os quais Imposto de Renda, a contribuição ao Programa de Integração Social (PIS), a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), a Contribuição Social sobre o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e o pagamento da cota patronal da contribuição ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) (QUADROS, 2000). As vantagens financeiras decorrentes de tais isenções são significativas, especialmente no que se refere à contribuição ao INSS, tendo em vista o grande peso da folha de salários nas despesas de qualquer unidade de saúde.

Do ponto de vista legal e tributário, o tratamento privilegiado do setor filantrópico fundamenta-se em argumentos de teor filosófico, político e de eficiência econômica. A premissa básica é que ele realiza tarefas que o governo, na sua ausência, teria de desempenhar. Ao ser provedor de bens e serviços públicos, o setor filantrópico alivia tanto o público quanto o governo dos ônus que estes certamente suportariam na sua ausência. Nesta perspectiva, as imunidades, isenções e subsídios se explicam pelo fato do governo ser compensado da perda de receita de impostos através da redução das despesas que teria de custear com apropriações de recursos públicos (BRANCO, 2000).

No caso em tela, o financiamento integral da atividade das Organizações Sociais de Saúde é realizado pelo setor público, a unidade gestora não desembolsa ativos, até porque não se exige recursos próprios para sua criação. A inexistência de contrapartida para a imunidade tributária descaracterizaria a instituição como filantrópica, uma vez que a entidade estaria tendo ganhos reais com a prestação da atividade para o setor público. Esse tipo de fraude pode gerar distorções significativas do ponto de vista distributivo.

A segunda forma de desequilíbrio apontada pela literatura é a “quarteirização” ou “quinterização” dos serviços prestados ao setor público. Sob o guarda-chuva jurídico de organização filantrópica, abriga-se uma intensa contratação de serviços específicos para empresas lucrativas (ANDREAZZI; BRAVO, 2014). Não existe regime jurídico específico ou controle sobre os contratos que as OSs realizam com outras organizações e, por esse motivo, é

frequente que a Organização Social que formalmente presta o serviço sirva apenas como caminho para a contratação de uma empresa médica que, essa sim, presta os serviços (ou, em alguns casos, o terceiriza). Foi o que constatou, por exemplo, Comissão Parlamentar de Inquérito instalada pela Assembleia Legislativa de São Paulo em 2008 para averiguar supostas irregularidades na remuneração de serviços médico-hospitalares no Estado (ALESP, 2008). Resultados similares foram encontrados em auditoria do Tribunal de Contas do Município de São Paulo em 2010, sobre a terceirização de laboratórios públicos na capital (ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

Por último, a antieconomicidade do modelo também pode ser considerada uma forma de desequilíbrio nesse tipo de modelo de gestão. A dispensa de processo licitatório, acompanhada pela ênfase dos mecanismos de controle nos resultados típica do gerencialismo teriam permitido a criação de um ambiente antieconômico, onde os serviços adquiridos por meio de OSs seriam corriqueiramente mais caros do que aqueles da administração direta (ALCANTARA, 2009). Diversas investigações no país apontam para o superfaturamento de serviços em unidades de saúde geridas por Organizações Sociais. Esse foi o resultado, por exemplo, de auditoria realizada pelo Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro (TCM-RJ) em 2011.

Existe ainda outro desequilíbrio que pode acontecer quando, como no Estado de São Paulo, é permitida a venda de serviços das unidades geridas pelas Organizações Sociais para o setor privado. A Lei Complementar nº 45/2010, aprovada em dezembro de 2010 pela Assembleia Legislativa de São Paulo, permite que 25% dos leitos de hospitais públicos, de alta complexidade, geridos pelas OSs, possam ser direcionados a pacientes particulares e de convênios médicos privados (CORREIA, 2011). Esse sistema gera um esquema de benefícios cruzados, no qual o financiamento público proporciona uma escala mínima de operação que eventualmente viabiliza a oferta de serviços semelhantes, mas com alguma característica preferencial (como menor tempo de espera, exclusividade no atendimento, provisão de serviços extras), para a parcela da população disposta a arcar com este tipo de atendimento (PAHIM, 2009).

Longe de ser um desdobramento não esperado da gestão privada de serviços públicos, essa perspectiva estava presente já nos primeiros documentos sobre a reforma do setor de saúde no Brasil, como alternativa à inviável cobrança de parte dos serviços pelas OSs. De acordo com Andreazzi e Tura (1999), no projeto de contrarreforma do Estado de Bresser Pereira, estava clara não apenas a necessidade de passar as unidades de saúde para a gestão de entes privados, mas também que elas tivessem autonomia financeira para a captação de recursos no mercado

privado que se desenvolvia no país por meio de seguros privados de saúde, criando um plano de negócios no qual o financiamento público passava a ser complementar.

## 1.2 Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP)

As Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) foram aventadas como solução para o problema da gestão do trabalho em saúde durante a presidência de Luiz Inácio Lula da Silva e, apesar de não ter recebido tratamento final no âmbito federal<sup>8</sup>, foram adotadas por diversos estados e municípios. Aproveitando-se de um tipo de personalidade jurídica admitida no direito nacional desde, pelo menos, 1967 (Decreto-lei 200/67), o contexto de proposição das FEDP como solução diferencia essa proposta das OSs e OSCIPs de forma fundamental (SILVA, 2012).

O governo de Lula foi marcado pela busca de soluções alternativas para o problema da prestação de serviços públicos. O parâmetro principal era a substituição do Estado regulador e financiador da década de 1990 por um “*Estado atuante, promotor de crescimento e da justiça social e fiscalmente sustentável, a partir das reformas que a sociedade apoiar*” (BRASIL, 2003, p. 8). Nesse contexto, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) publicou em 2003 documento chamado Plano de Gestão Pública para um Brasil de Todos, no qual foram apresentadas as bases para as novas experiências institucionais sugeridas no período.

A incapacidade do Estado em assegurar os direitos civis e sociais básicos é tratada em termos de déficit institucional, consequência de uma trajetória histórica que produziu um Estado sem uma estrutura coesa, que permite a atuação do mercado nas lacunas deixadas pelo poder público. O mercado assume papel até em áreas sociais, nas quais insere uma lógica não equitativa e cria padrões distintos de serviços sociais. A superação desse cenário demanda o fortalecimento do setor público, aumentando a quantidade e qualidade dos serviços prestados pela administração, além do combate ao patrimonialismo presente em todas as esferas de governo (BRASIL, 2003).

Na prática, as medidas para a superação de déficit público teriam que ser tomadas em um contexto de prestação descentralizada dos principais serviços ligados aos direitos sociais.

---

<sup>8</sup> O Projeto de Lei Complementar 92/2007, não obstante ter sido proposto em regime de urgência, ainda se encontra em tramitação no Congresso Nacional. Sua última movimentação foi em 2013, o que leva a crer que o processo de negociação para este tipo de modelo gerencial tenha sido abandonado. Vale lembrar que, em razão da falta de Lei Complementar federal, a constitucionalidade das leis (complementares e ordinárias) que instituem este tipo de fundação nos Estados está sendo questionada no STF.

Na saúde, isso significa que o governo teria que criar uma modalidade de gestão de serviços com incentivos suficientes para competir com o já popular modelo de OSs. A gestão pela administração direta tem uma série de desvantagens, principalmente pelos gastos previdenciários que a contratação por regime único gera para estados e municípios.

As FEDP são a proposta do governo Lula para esse dilema. Elas permanecem como integrante da administração pública indireta. Tal fato faz com que essas Fundações se submetam a um regime administrativo mínimo da administração pública, no qual é estabelecida, entre outros aspectos, a necessidade de realização de concurso público e a sujeição à lei de licitações (Lei 8.666/93). O que dificultaria mecanismos clientelistas usualmente utilizados para o ingresso de pessoal.

As FEDP podem ser entendidas como o tipo de solução negociada tão comum no governo de Lula. Ao mesmo tempo em que mantém o caráter essencialmente público da gestão e prestação de serviços, permite às unidades federativas fornecer rendimentos competitivos de mercado sem onerar o orçamento público, uma vez que a remuneração concedida não incorpora ao salário e não gera ônus previdenciário.

O Quadro 1 mostra as diferenças de aspectos da relação público-privado, controle e participação social das OSs, OSCIPs e FEDP:

Quadro 1 – Aspectos da relação público-privado, mecanismos de controle e participação social das modalidades jurídico-administrativas (continua)

<b>Modalidade jurídico-administrativa/características</b>	<b>Órgãos da Administração Direta</b>	<b>Organizações Sociais</b>	<b>Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público</b>	<b>Fundações Estatais de Direito Privado</b>
<b>Personalidade Jurídica</b>	Direito Público	Direito Privado	Direito Privado	Direito Privado
<b>Relação com Administração Pública</b>	Administração Direta	Fora da Administração Pública	Fora da Administração Pública	Administração Indireta
<b>Ingresso de Recursos Humanos</b>	Concurso Público	Sem mecanismos delimitados	Sem mecanismos delimitados	Concurso Público
<b>Regime de contratação de RH</b>	Regime Jurídico Único (Estatutário)	CLT	CLT	CLT

Quadro 2 – Aspectos da relação público-privado, mecanismos de controle e participação social das modalidades jurídico-administrativas (conclusão)

<b>Tributação</b>	Imunidade	Imunidade	Imunidade	Imunidade apenas nas áreas de assistência social e educação
<b>Controle/Participação Social</b>	Conselhos (CNS,CES,CMS), Conferências etc	Participação de representantes da sociedade e Poder Público no conselho administrativo	Relatório semestral para conselho de políticas públicas (CNS,CES ou CMS)	Participação de entidades sindicais e representantes da sociedade no conselho administrativo
<b>Regime de compras</b>	Licitação (Lei 8.666/93)	Direito Privado	Direito Privado	Licitação (Lei 8.666/93)
<b>Controle Interno</b>	Supervisão e controle direto de meios e resultados	Resultados e metas do contrato de gestão	Resultados e metas do termo de parceria	Supervisão e controle direto de meios e resultados; metas do contrato de gestão

Fontes: BRASIL, 1998; BRASIL, 1999; BRASIL, 2007.

Podemos concluir que OSs e FEDP são formas administrativas com origens e objetivos distintos que, erroneamente, são classificadas como formas similares de privatização da gestão dos serviços de saúde. Enquanto as OSs estão inseridas no contexto do novo gerencialismo público e buscam aumentar a eficiência por meio de parcerias com o setor privado, as FEDP são uma forma negociada de manutenção da prestação de serviços pela administração com ganhos na agilidade contratual, mas que significam perdas para os trabalhadores em saúde a longo prazo.

O Rio de Janeiro aprova em 2007 a criação de FEDP (Lei 1.014/07) e em 2011 a transferência da gestão de unidades de saúde para OSs (Lei 6.043/11). Os dois desenhos administrativos representam formas diferentes de compreender o papel do Estado na prestação de serviços públicos e constituem estratégias distintas para a resolução do problema da saúde no Rio de Janeiro. O que levou a essa mudança? A hipótese desenvolvida nos capítulos subsequentes é que o Governador foi levado a esta mudança pela necessidade de satisfazer interesses de uma parte do setor privado prestador de serviços de saúde que, apesar de representar importante interesse econômico, foi tornada ociosa pela expansão da cobertura do

SUS. As Organizações Sociais de Saúde funcionariam como forma de proteger uma parcela do setor privado da concorrência e resolver esse impasse às expensas do fundo público.

## **2 ESTADO, POLÍTICAS SOCIAIS E FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE**

O capítulo anterior busca descrever sucintamente os estatutos jurídicos das principais inovações em termos de gestão em saúde surgidas no Brasil desde a década de 1990 (OSs, OSCIPS e FEDP) e suas consequências para a gestão em saúde.

O presente capítulo tem como objetivos apresentar a revisão da literatura sobre o tema da formulação da política de saúde no Brasil e o referencial teórico sobre o qual será construída esta tese. Para isto, ele está dividido em três partes. A primeira faz uma breve revisão da literatura sobre a formulação da política de saúde no Brasil, tendo como questões principais a concentração dos estudos sobre o tema da criação do SUS, o favorecimento dos processos federais e a falta de perspectiva epistemológica. A segunda tenta desenvolver a perspectiva epistemológica adotada nesta tese a partir da questão da função das políticas sociais em um estado capitalista. A última trata da teoria de médio alcance adotada para tratamento dos dados do caso concreto.

### **2.1 A literatura sobre a política de saúde no Brasil**

Esta tese pretende contribuir para a compreensão do processo de formulação da política de saúde no Brasil e, por este motivo, tem que enfrentar três dilemas principais da literatura sobre o tema: a concentração dos estudos sobre o tema da criação do SUS, o favorecimento dos processos federais e a deficiência de perspectiva teórica em parte da literatura de ciência política.

A reforma do setor de saúde brasileiro foi de tal magnitude que não é de estranhar o interesse de estudiosos de políticas públicas sobre o tema. A reforma foi analisada partindo das mais diversas perspectivas, sendo produzidos importantes trabalhos considerando os atores e sua articulação (COUTINHO, 1989; GERSCHMAN, 1995; ESCOREL, 1999; PAIM, 2008; FLEURY, 2009), o processo de formulação da proposta de reforma (GRYNSZPANM, 2005), em relação aos impactos institucionais na tomada de decisão (PIOVESAN; LABRA, 2007), ou em perspectiva comparada (DONELAN et al., 1999; ALMEIDA, 2002; MAHMOOD; MUNTANER, 2013; MARTEN et al., 2014; ATUN et al., 2015).

No entanto, o estudo da formulação da política no período posterior foi relegado a segundo plano. Os estudos normalmente se concentram na implementação do SUS, não raro

com o objetivo principal de cotejar a configuração do sistema com o projeto original da Reforma Sanitária (LEVCOVITZ et al., 2001; MENDES, 2001; PASCHE, 2007; CAMPOS, 2007; PAIM, 2008; SOUZA, 2014). Além disso, encontramos alguma bibliografia sobre processos de formulação de programas específicos, como, por exemplo, os de saúde mental (FRAGA et al., 2006; GUIMARÃES et al., 2010), saúde bucal (SOBRINHO, 2014) e promoção da saúde (DA SILVA; BAPTISTA, 2014). Mesmo estudos relevantes sobre fatores principais do sistema de saúde, como a relação entre os setores público e privado, tendem a desconsiderar a formulação como uma etapa relevante da discussão, privilegiando a implementação dos serviços de saúde e com preocupação principal com a equidade e universalidade dos serviços de saúde (BAHIA, 2005; SANTOS et al., 2008).

Esta postura é problemática porque parece restringir a formulação da política a um momento no tempo, ignorando que a constante disputa por poder e recursos altera o curso de decisões anteriores. Vale dizer, as reformulações de uma política que emergem durante sua implementação são fruto de processos sociais que têm que ser estudados para a compreensão dos resultados alcançados. A atual configuração do sistema de saúde não pode ser considerada apenas como uma corruptela de um plano original, deve ser tratada como fruto de uma nova configuração de forças, que fazem surgir novos atores e obrigam os participantes a utilizarem recursos de maneiras diferentes para alcançar seus interesses.

Além de privilegiar o momento de criação do SUS, a literatura tende a dedicar-se ao nível federal de gestão do sistema. Isto pode estar relacionado aos achados de Arretche (2012) sobre as relações federativas e a autonomia dos governos subnacionais no Brasil. Nesta perspectiva, a concentração da produção acadêmica seguiria apenas a tendência fática de concentração do poder decisório na União, provocada principalmente pela dependência de repasses financeiros federais para a prestação de serviços. Desta forma, a “[...] alocação [de recursos federais] está orientada a produzir incentivos para alinhar as prioridades dos governos locais às prioridades da agenda política federal”. O Governo Federal buscaria restringir a autonomia das unidades subnacionais para combater “[...] uma corrida para baixo no gasto social, que seria o resultado esperado em contextos em que a competição é o principal componente das relações federativas horizontais” (ARRETCHÉ, 2012, p. 21). As transferências operam no sentido de reduzir as desigualdades de receita entre as unidades constituintes e evitar um conjunto errático e caótico de medidas nas áreas de gestão descentralizada.

Ainda segundo Arretche (2012), ainda que os poderes regulatórios da União exerçam forte influência sobre a agenda e as políticas das unidades constituintes, seria equivocado

concluir que estas não são atores relevantes na formulação e implementação de políticas públicas. Apenas a negociação de seus interesses se daria no interior dos partidos e, em particular, dos partidos da base de sustentação do presidente. Prefeitos e governadores negociariam apoio ou veto a propostas legislativas dentro de suas respectivas siglas partidárias.

Existem algumas situações que devemos considerar ao utilizar a, em grande parte acertada, análise de Arretche (2012). Em primeiro lugar, unidades subnacionais com recursos próprios têm maior autonomia, podendo inclusive ignorar ações estratégicas e prioritárias do Governo Federal. É o caso, por exemplo, da adoção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na cidade de São Paulo. Apesar de ser um dos carros-chefes do Ministério da Saúde desde 1994, o governo de Paulo Maluf (1993-1996) optou pela recusa da adesão ao programa e instituiu o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), Celso Pitta (1997-2000) prosseguiu a mesma política. Na cidade do Rio de Janeiro ocorreu caso bastante similar, e a ESF somente foi adotada a partir de 2009, no governo de Eduardo Paes (2009-2012; 2013-2016).

Em segundo lugar, questões internas do território, principalmente de coordenação político-partidária, podem interferir negativamente na adoção das prioridades federais no planejamento de ações. Governadores podem ter mais dificuldade de implementar políticas e diretrizes se não houver coalizão partidária com os Executivos municipais.

Por último, algumas questões importantes, principalmente quando não estão ligadas a ações estratégicas no campo federal, não dependem de gastos orçamentários diretos, aumentando a liberdade para formulação e implementação das unidades subnacionais. É o caso da transição do modelo de gestão das unidades de saúde, ao qual esta tese se dedica.

Na perspectiva de autonomia limitada das unidades subnacionais, existem alguns autores que merecem referência por sua dedicação na explicação dos processos locais. Os trabalhos de Gerschman (2010, 2016), para o Estado do Rio de Janeiro; Bispo Júnior (2015) para o Estado da Bahia; Klein e Zioni (2013) para o Acre; Da Silva et al. (2012) para o Amapá; e Pinto et al. (2009) para São Paulo.

A terceira questão que os estudos de política pública no Brasil devem enfrentar é a falta de conexão entre a perspectiva teórica, ou Teoria Geral, nos termos de Glaser e Strauss (1967) e o posicionamento teórico, a Teoria Substantiva. Quando tratamos de perspectiva teórica falamos da cosmovisão que o investigador assume para levar adiante sua indagação. Exemplos de perspectivas poderiam ser o marxismo, neo-marxismo, estruturalismo, pós-estruturalismo, existencialismo, humanismo, positivismo e pluralismo. Por sua vez, o posicionamento se desprende – ou assim deveria ser – da própria perspectiva como uma investigação coerente e consistente. O posicionamento teórico se vincula particularmente ao campo de estudo, ou seja,

às correntes e metodologias próprias do campo, considerando que as teorias substantivas são aquelas que possuem uma relação direta com o conteúdo empírico e teórico dos dados de investigação.

A ontologia do campo de estudo ajuda a entender os motivos. A política pública, como área de conhecimento e disciplina acadêmica, nasce nos EUA, rompendo com a tradição europeia de estudos e pesquisas nessa área, que se concentravam, então, mais na análise sobre o Estado e suas instituições do que propriamente na produção dos governos.

*Assim, na Europa, a área de política pública vai ser uma consequência dos desdobramentos dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o Estado e sobre o papel de uma das mais importantes instituições do Estado, ou seja, o governo, produtor, por excelência, de políticas públicas. Nos EUA, ao contrário, a área surge no mundo acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos (SOUZA, 2007, p. 63).*

Não há o que discutir sobre a contribuição deste tipo de perspectiva para a análise de políticas públicas. Os grandes autores da área nunca abandonaram a perspectiva teórica que embasa sua produção. No entanto, a dominância do modelo norte-americano levou a uma série de teorizações incipientes que não partem de uma aliança tríplice entre teoria, método e dados (MERTON, 1968, p. 85). Desta forma, uma grande parte da literatura sobre políticas públicas no Brasil se dedica a notável aplicação e desenvolvimento metodológico, criando uma sofisticada e crescente produção sobre os mais diversos setores, sem, no entanto, tratar das chamadas “*questões de fundo*”, as quais informam, basicamente, as decisões tomadas, as escolhas feitas, os caminhos traçados e os modelos aplicados (SIRVENT, 1999, p. 12).

E, embora seja possível examinar com proveito os métodos sem referência à teoria, parece mais proveitoso enfrentar o desafio de equacionar perspectiva epistemológica, metodologia e dados substantivos. Isso é importante não apenas para embasar a pesquisa empírica e permitir a revisão crítica da metodologia adotada, mas também porque fatos anômalos e a observação de fatos até então ignorados possibilitam a revisão de sistemas conceituais existentes.

*Quando um sistema conceitual existente e comumente aplicado a uma matéria não toma suficientemente em conta os referidos fatos, a investigação pressiona com insistência para que se lhe dê nova formulação. Isto leva a introduzir variáveis que não foram sistematicamente incluídas no sistema de análise. Deve-se notar que não é que os dados sejam anômalos, ou inesperados, ou incompatíveis com a teoria vigente; é apenas que não foram considerados pertinentes (MERTON, 1968, p. 90).*

Por este motivo, parece essencial considerar a relação entre Estado e políticas sociais, ou melhor, entre a concepção de Estado e a(s) política(s) que este implementa, em uma determinada sociedade, em determinado período histórico. Os atores políticos e sua capacidade de influir sobre as políticas estatais.

O estudo sobre formulação de políticas sociais não pode ser limitado a reconstituição de sequências de acontecimentos. Mesmo quando não expressa, a perspectiva teórica adotada informa decisões essenciais para a análise de políticas públicas. Perguntas como: “*Quais são as questões admitidas?*”; “*Quem pode participar?*” e “*Como pode participar?*”, dependem em última instância da teoria geral adotada pelo pesquisador. Dito de outra forma, quando a formulação de políticas é entendida como fruto de disputa, ela pressupõe uma reflexão sobre o poder – como é gerado, apropriado, distribuído e utilizado.

Vejamos, por exemplo, a questão da representação de interesses na formulação de políticas públicas. A adoção de uma perspectiva pluralista significa entender a elaboração de uma política como o resultado de um jogo de forças empreendido por diferentes grupos de interesse que, atuando junto ao governo, procuram maximizar benefícios e reduzir custos (LABRA, 1990, p. 58). O acesso equitativo seria garantido pelo processo eleitoral, permitindo a separação entre os interesses públicos e privados. Mesmo para revisionistas como Mancur Olson (1965), que considera a desigualdade de acesso de acordo com a coesão e tamanho dos grupos, o sistema político competitivo é capaz de manter separados os poderes econômicos e políticos. Grupos maiores e menos coesos (“latentes” na terminologia de Olson) têm mais dificuldade de organização – precisando de incentivos seletivos – mas a mesma chance de competição uma vez que estejam mobilizados. Assim, as respostas para as questões colocadas acima são de certa forma determinadas: todos podem participar, todas as questões são admitidas e o sucesso na formulação dependerá do comportamento eleitoral.

Estas respostas são bastante diferentes no caso de uma perspectiva marxista. Para Offe (1989, p. 224-225), por exemplo, a representação de interesses é sempre “*um resultado de interesses mais a oportunidade mais o status institucional*”, ou, na linguagem estruturalista, determinada por “*parâmetros ideológicos, econômicos e políticos*”. Ou seja, para além da formação de grupos que intervenham na formação de políticas segundo seus interesses específicos, existem características intrínsecas ao próprio Estado, que interferem no direcionamento e atuação dos próprios grupos. Essas características respondem a uma determinada organização socioeconômica, cujas necessidades deverão ser permanentemente levadas em conta, fazendo com que algumas políticas sejam privilegiadas. Desta forma,

determinadas questões e participantes são beneficiados e a maneira como eles têm acesso será determinada por uma correlação de forças que extrapola a questão político-eleitoral.

O autor que deseja trabalhar a relação entre Estado e políticas públicas na perspectiva marxista também enfrenta desafios. A literatura marxista sobre o Estado, por exemplo, em geral realiza estudos centrados apenas na sociedade, desconhecendo o papel primordial das instituições e dos atores na esfera política. Além disso, esta literatura tende a se concentrar em estudos teóricos extremamente abstratos. Esta tendência levou este tipo de análise a um crescente distanciamento da realidade empírica a ser explicada, trabalhando com grandes estruturas históricas como modos de produção e formas de coerção (MARQUES, 1997), que Tilly (1992) denomina de nível de abstração sistêmico-estrutural. Grande parte da produção acadêmica sobre política de saúde que parte desta perspectiva, privilegia tanto os aspectos estruturais que acaba por transformar teoria em sobredeterminação, definindo *a priori* o resultado de lutas concretas que se desenrolam na sociedade.

Apesar do impacto que a decisão sobre a perspectiva epistemológica tem sobre o tipo de análise de políticas públicas que será levado a cabo, ela é frequentemente deixada implícita ou, ainda mais comum, o estudo adota acriticamente uma perspectiva ao utilizar um tipo de metodologia. A reintegração de uma teoria geral ao estudo de políticas públicas pode contribuir para aprimorar o poder explicativo deste tipo de pesquisa, posicionando-a em relação a processos sociais mais amplos. Além disso, este tipo de postura pode ajudar o pesquisador a manter-se atento às especificidades da formação social sobre a qual pretendem trabalhar.

A história recente da produção sobre a política de saúde no Brasil pode ser descrita, em termos gerais e com notáveis exceções<sup>9</sup>, como sendo a alternância de dois pontos de vista opostos. De um lado, vemos aqueles que procuram sobretudo generalizar e abrir caminho para a formulação de teorias explicativas que busquem decifrar o futuro e os caminhos das políticas sociais, inclusive de saúde. No outro extremo, encontra-se um grupo que não busca com muito empenho as implicações teóricas de suas pesquisas empíricas, mas que utilizam métodos e modelos bastante sofisticados. É certo que suas informações sobre fatos são comprováveis e são comprovadas com frequência, mas eles se encontram muitas vezes em dificuldade para relacionar esses fatos entre si ou mesmo para explicar por que fizeram essas observações e não outras.

---

<sup>9</sup> Dentre as quais podemos citar, a título de exemplo, os trabalhos de Silvia Gerschman (1995) e Jairnilson Paim (2008) sobre a Reforma Sanitária brasileira.

Esta tese propõe um diálogo entre paradigmas e matrizes disciplinares, incorporando e articulando visões de status teórico completamente diverso, buscando modelos de análise de políticas públicas que expliquem processos em nível local, mas sem abandonar a perspectiva epistemológica que guia quais questões serão colocadas e que tipo de pesquisa será realizado.

## 2.2 O Estado capitalista e as políticas sociais

### 2.2.1 O papel das políticas sociais no capitalismo tardio e a política de saúde no Brasil

O objetivo de um Estado de Bem-Estar Social é, em última instância, a desmercantilização das relações sociais, garantindo maior autonomia e liberdade em relação às regras de utilização racional do tempo, da competitividade e da concorrência. O conceito de desmercantilização pode ser entendido como o grau em que indivíduos podem manter um nível de vida tolerável, independentemente da participação direta no setor produtivo e no mercado de trabalho (ESPING-ANDERSEN, 1991). Importante notar que as políticas desmercantilizadas não são monopólio dos Estados de Bem-Estar, elas também estão presentes em comunidades tradicionais, que convivem com um sistema produtivo voltado para a satisfação das necessidades de cada família.

A desmercantilização das relações sociais acontece quando “*os direitos sociais adquirem o status legal e prático de direitos de propriedade, quando são invioláveis, e quando são assegurados com base na cidadania em vez de terem base no desempenho*” (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 101). A função da política social neste tipo de arranjo é, portanto, promover uma revisão das relações entre Estado, mercado e força de trabalho, rearticulando o significado de cidadania para que este possa competir e até mesmo substituir a posição de classe como fator organizador da sociedade.

A proposição da Reforma Sanitária era de que, no Brasil, a desmercantilização das relações sociais deveria começar pelo setor da saúde. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a Reforma Sanitária configura-se como um “projeto”, isto é, como um conjunto de políticas articuladas (PAIM, 2003) ou como “*bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças*” (AROUCA, 1988). Parte da formalização desse projeto encontra-se na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, de 1990.

A concepção política e ideológica do movimento defendia que a saúde transcendia a questão biológica e de serviços médicos, e deveria ser entendida como o completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 1948). Neste sentido, a saúde seria:

*[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultante das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida* (BRASIL, 1986, p. 12).

A principal proposta do movimento era reverter o modelo bismarckiano de proteção social então vigente no Brasil que, seguindo a lógica do mérito individual, perpetuava uma forma de “cidadania regulada” (DOS SANTOS, 1979) e era caracterizado pela contribuição individual como critério para o aferimento de benefícios. Com isso, este modelo excluía parcelas significativas da população do acesso à proteção social, sobretudo as populações tradicionais, pois quem não apresenta possibilidade de contribuir financeiramente com o sistema previdenciário não tinha direito a receber benefícios.

Em síntese, a reforma sanitária brasileira tomou como ponto de partida o caráter dual da saúde, entendido ao mesmo tempo como valor universal e núcleo subversivo da estrutura social (FLEURY, 2009). Enquanto valor universal, torna-se um campo especialmente privilegiado para a construção de alianças suprapartidárias e policlassistas (principalmente entre as classes populares que emergiam como sujeitos políticos e setores da classe média). Como núcleo subversivo da estrutura social, indica uma possibilidade de refundação do Estado brasileiro em termos democráticos.

Diversas medidas deveriam ser tomadas pelo Estado para garantir o direito à saúde (criação de canais de controle popular, a reforma agrária e a suspensão do pagamento da dívida externa, por exemplo), mas, no que concerne à assistência à saúde, a principal medida seria o fortalecimento do setor estatal em todos os níveis de gestão, tendo como meta a progressiva estatização dos equipamentos de saúde (BRASIL, 1986).

O Estado brasileiro, contudo, nunca assumiu completamente a forma de Bem-Estar Social (POCHMANN, 2004; GOMES, 2006). A industrialização tardia e o processo de modernização conservadora (VIANNA, 1996; DOMINGUES, 2002) nutriram, a partir da década de 1930, padrões de desenvolvimento duais, nos quais um setor moderno convive com um setor tradicional. O controle do mercado para os produtos industriais através de políticas de massificação do consumo e do fornecimento de insumos é, para Estados fundamentalmente

preocupados com bens de capital e infra-estrutura, um aspecto secundário no funcionamento dessas economias. Nesse caso, os benefícios das políticas sociais, ao menos imediatamente após sua institucionalização, costumam limitar-se a uma elite de trabalhadores do núcleo dinâmico da economia e de funcionários da burocracia, restringindo a possibilidade de regulação a longo prazo dos níveis de demanda agregada através das políticas de *welfare* (SOUZA, 1999). As primeiras etapas da construção de um verdadeiro Estado de Bem-Estar Social, baseadas na Constituição Federal de 1988, foram de pronto solapadas pela primazia ideológica e política do neoliberalismo a partir da década de 1990.

Em um contexto capitalista, a política social assume uma função de todo diferente. Em uma estrutura econômica de classes, estrutura esta que é baseada na valorização do capital e no trabalho assalariado livre, não há sentido em falar em desmercantilização. As funções da política social devem ser definidas considerando estas duas estruturas. Segundo Offe e Lenhardt (1984), a política social pode ser entendida como a forma pela qual o Estado capitalista tenta resolver o problema da transformação duradoura de trabalho não assalariado em assalariado. Baseando-se no argumento de Karl Polanyi de que, nas sociedades capitalistas, a força de trabalho foi, em larga medida, artificialmente transformada em mercadoria, estes autores argumentam que a transformação em massa da força de trabalho “despossuída” em trabalho assalariado não teria sido possível sem uma política estatal que busque ativamente integrar esta força no mercado.

Os autores distinguem dois conceitos: a proletarização passiva – que se refere ao processo pelo qual um indivíduo é destituído dos meios próprios de subsistência – da proletarização ativa – que se refere à disposição para que este indivíduo venda sua força de trabalho no mercado. Ainda que fundamental para a consolidação das relações de produção capitalistas, a passagem da proletarização passiva para a proletarização ativa não seria de modo algum automática ou natural.

Para que ocorra a reorganização fundamental da sociedade nos moldes da industrialização capitalista, três problemas tiveram que ser resolvidos, e em todos eles a atuação ativa do Estado e a política social são elementos principais (OFFE; LENHARDT, 1984). O primeiro problema é que a força de trabalho precisa estar disposta a oferecer sua capacidade de trabalho como mercadoria e aceitar os riscos e as sobrecargas associadas a esta forma de existência como relativamente suportáveis. Ou seja, os trabalhadores precisam de motivos culturais para se transformarem em assalariados.

A medida em que a racionalidade econômica privada se impõe, ocorrem limitações sérias na motivação para o trabalho porque se exclui a possibilidade de que este constitua,

independentemente de seu caráter teleológico instrumental, também um instrumento de auto-representação satisfatória. A solução deste problema passa, por um lado, pela mobilização de mecanismos de controle social (com a proibição de soluções alternativas à proletarização<sup>10</sup>) e, por outro, da transmissão de *normas e valores* organizada pelo Estado, principalmente através do sistema educacional universal, que naturalizem a exigência do trabalho assalariado. O colapso da seguridade social levaria a uma desagregação da ética do trabalho (OFFE, 1989, p. 80).

O segundo problema que deve ser enfrentando é que as modificações na divisão social do trabalho e no uso do tempo disponível exigidas pelo assalariamento requerem a criação de instituições que liberem a força de trabalho para o mercado (SOUZA, 1999). Para isso é necessário, por um lado, definir através de regulamentação política quem pode e quem não pode tornar-se trabalhador assalariado:

*Somente quando as condições sob as quais a não-participação no mercado de trabalho é possível estiverem regulamentadas pelo poder público [...] e consequentemente quando a escolha entre as formas de existência do trabalhador assalariado e as formas de subsistência externas ao mercado de trabalho não mais depender da decisão do próprio trabalhador, podemos contar com uma integração confiável e permanente dos trabalhadores 'restantes' nas relações de trabalho assalariado (OFFE; LENHARDT, 1984, p. 18).*

Por outro lado, é preciso arranjar uma posição social para aqueles que, em razão de condições especiais (por exemplo, velhice, invalidez, doença, desatualização, etc.) não possam vender sua força de trabalho definitiva ou temporariamente. Estas tarefas não podem ser assumidas por formas de socialização externas ao mercado (como a família), porque estas ou perderam sua eficiência no decorrer do desenvolvimento industrial ou foram substituídas por formas estatizadas que permitem controlar as condições de vida e as pessoas às quais é permitido o acesso àquelas formas de subsistência situadas fora do mercado.

As formas de aproveitamento dos trabalhadores no capitalismo industrial, por sua parte, implicam que não são considerados os limites da resistência psíquica e física dos trabalhadores (BÖHLE; SAUER, 1975 apud OFFE; LENHARDT, 1984), que não têm, por sua vez, os meios

---

<sup>10</sup> Offe & Lenhardt (1984) apresentam uma lista que chama de “incompleta e assistemática” dessas alternativas. Elas incluem: emigração; roubo; fuga para formas alternativas de vida e economia, muitas vezes sustentadas por auto-interpretações religiosas; mendicância; recorrer a rede familiar, aumentando o período de cuidado pelos membros ativos da família, como a infância, a adolescência e a velhice; luta contra as causas de proletarização, principalmente através de movimentos de massa de cunho socialista (p. 16).

para garantir as próprias condições de saúde e segurança. Some-se a isso que as empresas só podem ter uma consideração limitada com a saúde e a integridade corporal do trabalhador.

O valor de mercado da força de trabalho também é restringido pela constante desatualização de qualificação profissional que, da mesma forma que as questões de saúde e segurança, não podem ser resolvidas diretamente pelo trabalhador e não apresentam, em geral, uma boa relação custo-benefício para os empregadores. O grau de rentabilidade e, portanto, do valor de mercado da força de trabalho individual, depende de seu estado de saúde e seu nível de qualificação e é rebaixado constantemente pelos mecanismos endógenos da produção capitalista, o que torna necessário institucionalizar “sistemas de amparo”, externos ao mercado de trabalho – mas dependentes dele – que possam abrigar de forma permanente (aposentadoria) ou temporária (instituições de amparo à saúde e reciclagem profissional) os trabalhadores.

O acesso a tais instituições precisa estar vinculado a certos critérios de admissão, controlados administrativamente, porque do contrário seria de se esperar que houvesse uma redução da “pressão de venda” para a força de trabalho ainda intacta (GLAZER, 1975). Também neste sentido, portanto, a política social representa uma estratégia estatal de integração da força de trabalho na relação assalariada. A política social não é, assim, mera reação do Estado aos problemas da classe operária, mas contribui de forma indispensável para a constituição desta classe. A função mais importante da política social é, nesta perspectiva, “*regulamentar o processo de proletarização*” (OFFE; LENHARDT, 1984, p. 22).

O terceiro problema é o controle quantitativo do processo de proletarização. As flutuações anárquicas da oferta e da procura no mercado de trabalho, geradas, mas não controladas pela sociedade, “*impõem um sistema social, fora do processo produtivo, destinado a recolher as parcelas redundantes, de modo a assegurar a reprodução da força de trabalho, mesmo quando não há um impacto direto sobre o processo de produção*” (BÖHLE; SAUER, 1975, p. 64 apud OFFE; LENHARDT, 1984, p. 99).

A política social adquire contornos diferentes, ela serve para garantir a proletarização pacífica de uma parcela significativa da sociedade. Da mesma forma, o *status* da saúde é outro, sua função é a de garantir a reprodução do trabalho assalariado de forma bastante imediata. O seguro saúde contribui para que o trabalhador, impedido de recorrer a formas de assistência tradicionais, não seja marginalizado permanentemente por causa de uma doença transitória (OFFE; LENHARDT, 1984, p. 25). O próprio conceito de saúde deve ser diminuído em escopo, englobando principalmente a medicina curativa e a assistência à saúde e, em alguns casos, medidas profiláticas preventivas, principalmente em centros urbanos.

Em um contexto capitalista liberal, o Estado não precisa assumir a função de prestador direto de serviços de saúde, podendo restringir sua atividade à regulamentação das relações da camada produtiva da população com as instituições privadas prestadoras de serviços. De forma macro, podemos entender o processo de implementação do SUS como uma passagem da visão da saúde como instrumento da construção de um Estado de Bem-Estar Social no Brasil para uma rede de proteção, ainda declaradamente universal, mas cada vez mais voltada para as parcelas mais pobres da população, destinada a remediar agravos à saúde.

Importante considerar que o fato de as políticas sociais terem um lugar no Estado capitalista – que, na verdade, não pode subsistir sem elas – não deve ser utilizado em seu desfavor, pois sem elas a vida neste sistema econômico seria dificilmente tolerável. Uma política que legitima o poder estatal pode ser, ao mesmo tempo, capaz de aperfeiçoar o emprego de recursos humanos, reproduzir a força de trabalho e garantir certo padrão de solidariedade (FLEURY; OUVÉRY, 2012). Assim, apesar das intensas críticas que tem recebido tanto de posições à direita quanto de posições à esquerda do espectro político, elas cumprem funções indispensáveis e essenciais tanto para o processo de acumulação capitalista quanto para a manutenção de um certo bem-estar para a classe trabalhadora (OFFE, 1984, p. 157).

O capitalismo consegue temporária e parcialmente manobrar suas contradições e a luta de classes para se reproduzir, especificamente ao garantir certa compatibilidade entre as dimensões econômicas, políticas e éticas de uma formação social que permita a contínua acumulação de capital (JESSOP, 2006, p. 6). O fundo público tem papel estrutural no capitalismo contemporâneo, e seu uso é expressão da maturidade e das contradições desse sistema econômico. A produção e a realização do valor vão requisitar que o Estado se aproprie de parcela bastante significativa da mais-valia socialmente produzida para assegurar as condições gerais de produção e reprodução; dentro desse processo, o desenvolvimento de políticas sociais aparece como lugar relevante de alocação do fundo público, a pender, claro, da correlação de forças políticas e de elementos culturais em cada formação nacional (SALVADOR, 2010).

### 2.2.2 Por que e como políticas sociais são alteradas?

Partindo do pressuposto de que a função das políticas sociais em Estados capitalistas é transformar a força de trabalho em trabalho assalariado, a questão do motivo das alterações e inovações em política social caminha para a necessidade de conciliar dois problemas cujas

soluções são, pelo menos em parte, contraditórias: as necessidades dos trabalhadores e as necessidades do capital.

Nas modernas democracias de massa, as políticas sociais têm a constante necessidade de satisfazer simultaneamente as exigências políticas “admitidas” da classe operária (que têm força política enquanto maioria) e as necessidades previsíveis do processo de acumulação capitalista, levando em conta, ao mesmo tempo, os pré-requisitos da economia do trabalho e as possibilidades orçamentárias. A política estatal não está, assim, a serviço das necessidades ou exigências de qualquer grupo ou classe social, mas reage aos problemas estruturais do aparelho estatal de dominação e de prestação de serviços (OFFE; LENHARDT, 1984, p. 37). O Estado é a “*condensação material de uma relação de forças*” (POULANTZAS, 1980) e a inovação das políticas dependeria do ajuste em termos temporais e de conteúdo aos parâmetros específicos deste dilema.

Nestes termos, a dinâmica de desenvolvimento das políticas sociais diz respeito a uma estratégia estatal que busca realizar ao mesmo tempo a integração social (conciliando interesses antagônicos) e a integração sistêmica (relativa à consistência interna da administração estatal). Em outras palavras, ao enfrentar determinados problemas, o Estado o faz segundo sua estrutura interna de operação. Esta, cuja expressão consiste em um conjunto institucionalizado de procedimentos formais para a tomada de decisões, tem, por sua vez, um poder de determinação substancial, seja sobre a capacidade do Estado de perceber problemas, seja sobre a natureza das políticas (“*policies*”) formuladas e implementadas (ARRETCHE, 1995).

Ainda que a emergência de determinadas atividades no interior da esfera estatal diga respeito a exigências do processo de acumulação, sua forma de desenvolvimento está estreitamente relacionada a uma dinâmica que é mais propriamente de tipo institucional, vale dizer, está no âmbito das estruturas estatais<sup>11</sup>. Assim, as formas institucionais de tomada de decisão influem no resultado destas mesmas decisões (nas *policies*), preservada a necessidade de acumulação de capital (HIRSCH, 1977; POULANTZAS, 1980).

Consideramos instituições políticas aqueles padrões regularizados de interação, conhecidos, praticados e em geral reconhecidos e aceitos pelos atores sociais, se bem que não necessariamente por eles aprovados. Logo, são produto de processos políticos de negociação

---

<sup>11</sup> Isto não significa que este trabalho se filie ao neoinstitucionalismo, mas ao adotarmos a noção de autonomia relativa do Estado capitalista e considerarmos que as contradições de classe estão inscritas na própria ossatura material do Estado (POULANTZAS, 1984, p. 70), tornamos relevante para a análise de formulação de políticas públicas os mecanismos através dos quais o Estado recebe e seleciona demandas de classe.

anteriores, refletem as relações de poder existentes e podem ter efeitos decisivos para o processo político e seus resultados materiais (PRITTWITZ, 1994, p. 239)<sup>12</sup>.

A influência unilateral das instituições tanto sobre o processo de debate político quanto sobre o resultado das decisões não é de modo algum dada, uma vez que parte da pressuposição de que a estrutura institucional do sistema político-administrativo em estudo deve ser constante e conhecida nas suas características e princípios básicos. Este pode não ser o caso quando o objetivo é estudar, por exemplo, políticas formuladas em momento de grande alteração estrutural (COUTO, 1998) ou no caso de políticas setoriais novas, que levam a transformações significativas dos arranjos institucionais (FREY, 2000). Portanto, não é justificável a dedução meramente teórica *a priori* das variáveis dependentes e independentes que devem ser consideradas. No entanto, a política de saúde do período considerado neste estudo é um caso de política setorial consolidada, cujo arcabouço institucional manteve sua estrutura básica estável por um período bastante longo e cujas estruturas de decisão são relativamente previsíveis, o que torna uma decisão teórica legítima considerar o aspecto institucional como variável independente. A ideia fundamental é que a institucionalização de padrões de ação e de processos de negociação no contexto de organizações e procedimentos tem influência tanto no processo de barganha quanto no conteúdo das ações formuladas.

O mesmo não pode ser dito da relação entre processo político e o conteúdo concreto das decisões. As disputas políticas e as relações das forças de poder deixam marcas nos programas e projetos desenvolvidos e implementados. Nem as exigências da classe trabalhadora, nem as necessidades da acumulação capitalista são dadas *a priori*, elas mudam com o tempo. Os atores que representam cada uma das partes também são variáveis dentro de cada sistema político. Da mesma forma, as respostas de conciliação não são automáticas e passam por um processo dentro do Estado.

Os atores, as condições de interesse em cada situação e as orientações valorativas – elementos que podem ser considerados condicionantes do grau de conflito reinante nos processos políticos – sofrem modificações significativas à medida que a gravidade das questões da política de saúde muda. Por um lado, a dimensão material dos problemas de saúde pública

---

<sup>12</sup> Portanto, entende-se por instituições não apenas instituições reconhecidas, sobretudo publicamente, como as constituições estatais (PRITTWITZ, 1994, p. 78), mas também, de forma mais ampla: “*The core notion is that life is organized by sets of shared meanings and practices that come to be taken as given for a long time. Intentional, calculative actions of individuals and collectivities are embedded in these shared meanings and practices, which can be called identities and institutions*” (MARCH; OLSEN, 1994, p. 250). Também as suas identidades, ora enquanto mulher, negro, político, servidor público, ora enquanto engenheiro, médico, sindicalista ou chefe de família, influenciam o seu comportamento nos processos de decisão política. Regras, deveres, direitos e papéis institucionalizados influenciam o ator político nas suas decisões e na sua busca por estratégias apropriadas. Este ponto será importante para compreender as estratégias adotadas no processo de formulação da política em estudo, principalmente o relacionamento entre Governo e Burocracia.

no Brasil conduziu à cristalização de constelações específicas de interesse, que levam, em última instância, a polarização de posições pró e contra a privatização dos serviços de saúde. Por outro, as medidas de intervenção na saúde em geral, e o caso da prestação privada de serviços públicos em particular, devem ser considerados o resultado de um processo político, intermediado por estruturas institucionais, que refletem constelações específicas de interesses.

### 2.2.3 Limites do marxismo na análise de formulação de políticas públicas

A matriz marxista<sup>13</sup> tem procurado avançar na compreensão do campo de formulação de políticas públicas, frente a frente com o relacionamento Estado/sociedade, principalmente através do aprofundamento do conhecimento sobre o funcionamento do Estado capitalista. A noção de autonomia relativa do Estado introduz a contingência do processo político nesta vertente analítica, superando a crítica de supra determinação de processos sociais.

A perspectiva teórica informará a escolha dos atores relevantes para o estudo, a interação entre eles, as questões admitidas no processo de formulação de políticas públicas e a maneira como estas questões serão processadas. No entanto, como teoria geral, o marxismo não explica sozinho como a interação entre estes fatores se dá em casos concretos. Para uma apreciação modesta e minuciosa dos mecanismos complexos que geram uma política pública específica, é necessário voltar-se para as correntes teóricas do próprio campo de políticas públicas.

## 2.3 A formulação de políticas sociais a partir da literatura de políticas públicas

### 2.3.1 Caminhos de análise da formulação de políticas públicas

Estudos interessados em compreender com mais detalhes a gênese e o percurso de uma determinada decisão em política pública devem concentrar atenção nos processos de decisão.

---

<sup>13</sup> Nunca é demais assinalar que o marxismo não pode ser entendido como uma única abordagem para qualquer tema. A tradição marxista desdobra-se num amplo espectro de tendências. Enraizadas nas clássicas formulações de Marx em relação ao Estado e às ações estatais – as quais estariam, em última instância, voltadas para garantir a produção e reprodução de condições favoráveis à acumulação do capital e ao desenvolvimento do capitalismo –, outras se desdobram na análise da complexa questão da autonomia e possibilidade de ação do Estado capitalista frente às reivindicações e demandas dos trabalhadores e dos setores não beneficiados pelo desenvolvimento capitalista.

Com este direcionamento torna-se importante investigar não apenas arranjos institucionais, mas também as atitudes e objetivos dos atores políticos, seus instrumentos de ação e suas estratégias.

A sequência de atividades, disputas e barganhas empreendidas pelos atores é em geral organizada na forma de um ciclo deliberativo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado. Ao subdividir o agir público em fases parciais do processo político-administrativo de resolução de problemas, o modelo do Ciclo de Políticas Públicas acaba se revelando um modelo heurístico bastante interessante para a análise do processo de formulação, implementação e avaliação de uma política.

A ideia de ciclo da política talvez seja a perspectiva mais corrente e compartilhada nos estudos de política pública. Na verdade, desde suas primeiras sistematizações o campo é tributário de algum tipo de perspectiva etapista (JANN; WEGRICH, 2006). Um dos primeiros autores que subsidiou a consolidação teórica deste campo de análise e da perspectiva das fases foi Harold Lasswell (1951). Após diversas críticas e reelaborações (LINDBLOM, 1959; ANDERSON, 1975; JENKINS, 1978; MAY; WILDAVSKY, 1978), se tornou mais ou menos consensual a divisão do processo de políticas públicas em: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação (JANN; WEGRICH, 2006).

Neste estudo, isto significa que a análise será concentrada nas fases referentes à formulação da política pública, seja no momento de pré-decisão (definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções), seja no momento de decisão (seleção das opções). Ou seja, consideraremos para fins deste estudo que a formulação da política pública termina nos estágios referidos, e não estudaremos seu necessário processo de reformulação durante sua implementação.

No entanto, cabem algumas ressalvas quanto ao emprego sequencial dessas fases ou estágios ou mesmo à ideia de que é possível planejar e antever, por meio de cálculo racional, todas as etapas. As pesquisas empíricas e o avanço de outras teorias que sustentam a racionalidade limitada das decisões (em oposição à racionalidade objetiva do homem econômico) têm indicado que as fases da política pública, na realidade, não ocorrem de forma sequencial<sup>14</sup>. É importante destacar, portanto, que o processo de políticas públicas não possui

---

<sup>14</sup> Na verdade, já foi bem comprovado por pesquisas posteriores que as decisões no mundo real não seguem essa sequência de estágios. No entanto, a perspectiva estagista ainda conta como um tipo-ideal de planejamento e tomada de decisões racionais. Ou seja, apresenta um modelo ideal para que os tomadores de decisão sigam. Ela é congruente com o comportamento esperado de representantes eleitos em democracias capitalistas: as decisões são tomadas com base em uma análise dos problemas e objetivos a serem alcançados; a este esforço segue a pesquisa e análise das melhores alternativas para alcançar estes objetivos (análise de custo/benefício das diferentes opções, por exemplo) e a seleção do melhor curso de ação; as

uma racionalidade manifesta e não pode ser estudado como uma ordenação tranquila na qual cada ator social conhece e desempenha o papel esperado<sup>15</sup>.

A noção do ciclo de políticas públicas em um ambiente de racionalidade limitada tem consequências muito além do óbvio. Isto porque o agente dotado de racionalidade limitada não apenas toma decisões em um ambiente de informação imperfeita e incompleta, mas também não possui capacidade cognitiva para calcular as alternativas possíveis e suas consequências (SIMON, 1955, p. 99). Assim, é impossível ao indivíduo agir de forma completamente racional do ponto de vista objetivo (ou seja, dos resultados que pretende alcançar), mas ele sempre atua com a intenção de ser racional (adota procedimentos que considera racionais para tomar decisões). Essa racionalidade procedimental depende, em grande parte, do ambiente institucional no qual o indivíduo está inserido pois ele fornece:

*[...] grande parte da informação e das suposições, objetivos e atitudes que entram em sua [do indivíduo] decisão, e também provê um conjunto estável e compreensível de expectativas sobre o que os outros membros do grupo estão fazendo e como eles vão reagir ao que ele [o indivíduo] diga e faça (SIMON, 1976, p. 17).*

Só é possível avaliar a racionalidade de um comportamento dentro do altamente específico sistema de referências que o indivíduo tem, e que inclui suas crenças e informação limitada do mundo, ambas influenciadas pelo ambiente institucional. Dessa forma, para entender o processo de tomada de decisões devemos ir além dos fundamentos microeconômicos da abordagem ortodoxa neoclássica do comportamento humano.

As contribuições teóricas de Marx podem ser consideradas significativas para a formulação de fundamentos macroeconômicos e para o entendimento das ações e motivações no sistema econômico capitalista. Marx tem como ponto de partida teórico os indivíduos produzindo em sociedade e a totalidade no sistema capitalista. A produção é entendida como certo corpo social, um sujeito social em atividade em uma totalidade maior ou menor de ramos de produção, em que ocorre apropriação da natureza pelo indivíduo dentro de e mediada por determinada forma de sociedade (DA COSTA et al., 2016).

---

medidas pensadas são levadas em frente (implementadas); os resultados alcançados são comparados com os objetivos e ajustes são feitos quando necessário.

<sup>15</sup> Existem, todavia, vantagens claras na utilização do modelo. Talvez a principal contribuição da ideia do ciclo da política seja a percepção de que existem diferentes momentos no processo de construção de uma política, apontando para a necessidade de se reconhecer as especificidades de cada um deles. O modelo tem o potencial de capturar algumas das características fundamentais da formulação da política local, incluindo a existência de numerosos tomadores de decisão, o alto grau de concorrência entre as fontes de assessoria política, e o impacto substancial de políticas anteriores em novos esforços (JANN; WEGRICH, 2006).

Nesse sentido Lukács (2012) argumenta que Marx, mesmo conferindo prioridade ontológica à esfera econômica, considera a sociedade como uma construção composta de numerosos elementos interligados e que funcionam como um todo. Os elementos que compõem este complexo são heterogêneos e parciais, entre os quais classes sociais, grupos e sistemas de mediação relativamente autônomos (como Direito e Estado). As ações singulares, a consciência e seus conteúdos não são concebidos como produto imediato da estrutura econômica, mas da totalidade social, incluindo as determinações extra-econômicas. Indivíduos reagem com decisões alternativas ao próprio mundo circundante, que constitui a base de todos os complexos de mediação e diferenciação. Quando as relações econômicas são compreendidas como totalidade dinâmica e concreta, evidencia-se que homens fazem sua própria história, mas os resultados do decurso histórico são diversos e podem ser opostos aos objetivos visados pelas ações individuais.

Para Marx, o ambiente macroeconômico constitui-se como maior do que a soma de suas partes constituintes (BELLOFIORE, 2004). Os resultados macro podem ser não apenas anteriores, apresentando-se como responsáveis pelo comportamento micro das classes, mas também opostos aos interesses e comportamento micro. A precedência e autonomia da lógica macroeconômica significa que a pesquisa precisa primeiramente descobrir as leis de sobrevivência e crescimento do sistema e depois mostrar como o comportamento dos indivíduos obedece ou contradiz essas leis.

Portanto, quando consideramos que o comportamento dos indivíduos não é guiado apenas por uma busca por maximização de sua posição, mas por uma rede macroeconômica complexa que filtra as informações relevantes e fornece um conjunto de preferências, torna-se necessário compreender o contexto de formação do sistema, do Estado capitalista e o lugar que a política social ocupa em sua estrutura. Este processo ajuda a compreender não apenas a ação dos indivíduos, mas as consequências, muitas vezes contraditórias, de suas ações.

### 2.3.2 Teorias de médio alcance para análise de dados empíricos

Existem diversas metodologias construídas a partir do ciclo da política públicas, mas é importante assinalar que o método escolhido tem que ser compatível com a perspectiva teórica adotada no estudo. De acordo com Celina Souza (2007), as vertentes do ciclo podem ser divididas tanto a partir do seu foco (nos participantes do processo decisório ou no próprio

mecanismo institucional de formulação) quanto a partir de como os governos definem suas agendas (se com base em problemas, decisão política ou participantes).

Autores que trabalham com a ideia de que governos definem suas agendas a partir de problemas estão preocupados em entender como os problemas são reconhecidos e definidos, e na maneira que isto afeta os resultados da agenda. Já aqueles autores que trabalham com a decisão política como marco inicial estão interessados em como os processos eleitorais, via mudanças nos partidos que governam ou via mudanças nas ideologias (ou na forma de ver o mundo), aliados à força ou à fraqueza dos grupos de interesse, constroem a consciência coletiva sobre a necessidade de se enfrentar um dado problema. Por último, autores que argumentam que são os participantes que determinam a agenda procuram entender como a relação entre os atores e seu acesso ao Estado afetam suas chances de definir o conteúdo da agenda e alternativas possíveis.

Parece claro que, enquanto a preocupação com a construção de agenda a partir do processo eleitoral está bem adaptada à uma perspectiva teórica pluralista, a preocupação sobre como atores acumulam recursos para instigar a construção de uma agenda estatal em seu benefício pode ser facilmente adaptada à uma perspectiva marxista. Um modelo em especial destaca-se por sua capacidade de ser adaptável e explicar como agendas governamentais são formuladas e alteradas: o Modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Model*), desenvolvido por John Kingdon (1984).

Em primeiro lugar, o modelo de Kingdon, desenvolvido a partir do modelo “*lata de lixo*” de Cohen, March e Olsen (1972), apesar de se basear fortemente na ideia de fases, abandona o paradigma racional-compreensivo no processo de políticas públicas. Para este modelo, a divisão em estágios não descreveria a realidade de forma acurada porque a capacidade humana de processar informação é mais limitada do que o ciclo prevê, o que impediria a comparação sistemática de várias alternativas para a escolha da melhor proposta, por exemplo. O ordenamento em estágios não descreveria o processo porque as correntes que levam a qualquer decisão sobre políticas públicas não seguem uma após a outra em um padrão regular. Esta característica o torna compatível com o estudo da influência da disparidade de informação entre os participantes sobre o resultado das ações estatais em um cenário de um Estado relativamente autônomo.

Inicialmente formulado para analisar as políticas de saúde e transporte do governo federal norte-americano, o modelo de Kingdon tornou-se referência para os estudos voltados à

análise da formulação de políticas públicas<sup>16</sup> (ZAHARIADIS, 2014), principalmente por sua contribuição à conceptualização da formação da agenda (PARSONS, 1995, p. 192) e das contingências inerentes a este estágio (JANN; WEGRICH, 2006, p. 47), sua ênfase nos atores políticos e suas ideias e valores (JOHN, 2013, p. 173) e sua sólida base empírica, reconhecida até por ferrenhos críticos do modelo, como Bendor, Moe e Shotts (2001, p.186).

Como toda ferramenta analítica bastante utilizada, o modelo de Kingdon sofre também algumas críticas relevantes. A primeira delas diz respeito à impossibilidade de independência dos fluxos analíticos tal qual apresentados no modelo (BENDOR et al., 2001). Apesar de não ser possível contestar essa perspectiva – uma vez que problemas e soluções são em última instância construções sociais – esta tese compartilha o entendimento de Zahariadis (2007, p. 81-82), que argumenta que a independência é apenas um instrumento conceitual utilizado para permitir uma análise dos processos, e não uma presunção real do modelo. A segunda e mais relevante objeção ao modelo diz respeito à sua aplicabilidade restrita a Estados democráticos (HOWLETT, RAMESH, 1995; DEMEERS; LEMIEUX, 1998). Com efeito, o modelo não tem nenhum valor analítico fora de democracias estabelecidas e plurais.

A estas objeções acrescentamos a nossa de que, apesar de trabalhar com a ideia de racionalidade limitada, o modelo não considera o acesso privilegiado ao Estado. Isto parece ainda mais importante no caso brasileiro, no qual a cidadania é obviamente restrita e onde o processo de acumulação requereu a intervenção do Estado em quase todos os campos da sociedade. E onde, por um lado:

*[...] a ausência quase total, com breves interregnos, de sistemas representativos legítimos; a exclusão de amplos setores sociais do processo político; e um tratamento variante entre a cooptação dominadora e a coerção estrita sobre os setores populares indicariam uma fácil identificação dos setores dirigentes e dominantes do Estado, apontando para uma certa restringência desse. (LOBATO, 2006, p. 297-298)*

Além disso, as mesmas características da acumulação acabaram por desenvolver uma complexa dinâmica social, através da convivência de padrões diferenciados de relacionamento entre diferentes segmentos sociais e desses com o Estado, com o acúmulo de formas pré-capitalistas ou marginais ao processo dominante, junto com formas típicas do capitalismo avançado (LOBATO, 2006).

---

<sup>16</sup> O modelo tem se mostrado útil para explicar a formulação de políticas públicas em vários contextos nacionais, supranacionais e subnacionais. O número de trabalhos que utilizaram este modelo passa de 10.000 (Google Scholar), desde o trabalho inicial de Kingdon em 1984. Desde 2000, mais de 1900 artigos publicados em revistas científicas.

Levando em consideração as objeções, o Modelo de Múltiplos Fluxos permanece uma das explicações mais difundidas e aceitas para a criação da agenda em políticas públicas. Para acomodar as principais críticas, deve-se considerar que o modelo tem valor explicativo limitado a políticas formuladas em cenários competitivos (ZAHARIADIS, 2007, p. 65) e este parece ser o caso da política de saúde no Estado do Rio de Janeiro.

Esta tese adotará como uma teoria de médio alcance para a análise empírica um arcabouço teórico baseado no elaborado por Kingdon em seu trabalho, mas levará em consideração as adaptações feitas por Zahariadis (1995, 1996) para a movimentação de questões específicas no processo decisório, além de procurar enfatizar a questão do poder e barganha, tanto em atores individuais quanto coletivos, e as consequências do acesso privilegiado de grupos ao Estado. O arcabouço teórico desenvolvido pelo autor serve como uma teoria de alcance médio (MERTON, 1968) para a análise empírica<sup>17</sup>. As teorias de alcance médio, segundo Merton, localizam-se entre as pequenas hipóteses de trabalho necessárias e que surgem durante as pesquisas diárias e os amplos esforços sistemáticos para desenvolver uma teoria unificada capaz de explicar as uniformidades observadas no comportamento, organização e mudanças sociais. Teorias de alcance médio, como a que pretendemos utilizar neste trabalho, servem de guia, sobretudo às pesquisas empíricas, e consistem em conjuntos limitados de pressupostos, dos quais se derivam logicamente hipóteses específicas, confirmadas ou não pela investigação empírica.

A utilização deste tipo de teoria parece pertinente porque este trabalho busca compreender aspectos limitados dos fenômenos políticos e sociais gerais, quais sejam, a entrada na agenda e o processamento da formulação de um modelo privado de gestão de serviços públicos no Estado do Rio de Janeiro. Como Kingdon investigou 23 casos de políticas públicas e construiu uma generalização analítica, a análise específica do estudo de caso aqui proposta apresenta uma base de comparação, servindo também para reforçar a validade interna do constructo de nossa pesquisa. O modelo lógico como técnica analítica estipula um encadeamento complexo de eventos (múltiplos) ao longo do tempo e consiste na comparação de episódios empiricamente observados com aqueles teoricamente previstos (YIN, 2003, p. 157). O objetivo não é dar suporte ao modelo desenvolvido por Kingdon, mas utilizá-lo como parâmetro (nas sequências repetidas de eventos) e desafiá-lo, ao identificar variáveis que não

---

<sup>17</sup> As teorias de médio alcance ocupam “uma situação intermediária entre as teorias gerais dos sistemas sociais, as quais estão muito afastadas das espécies particulares de comportamento, organização e mudança sociais para explicar o que é observado, e as descrições minuciosas e ordenadas de pormenores que não estão de modo algum generalizados” (MERTON, 1968, p. 51).

foram por ele destacadas ou consideradas, por meio da incorporação das características brasileiras, da consideração e relevância do contexto externo e da conjuntura histórica, social e política que introduz outros elementos no estudo.

Uma teoria de alcance médio é necessária porque processos pré-decisórios de políticas públicas, em geral, permanecem território pouco explorado, caso ainda mais grave quando tratamos da formação das políticas brasileiras, em que predomina uma perspectiva jurídico-legal nos estudos. Não se trata de apreender apenas como as questões são decididas pelos tomadores de decisões, mas *como se tornaram questões* em primeiro lugar.

O estudo de caso pode contribuir minimamente para aumentar a compreensão acerca do ciclo de políticas públicas ao analisar como se desenvolvem os fenômenos envolvidos no processo de decisão, isto é, como o tema foi transformado em problema na agenda, como foram articuladas as demandas dos grupos envolvidos e a obtenção de apoio político, as negociações e os consensos, as restrições e as oportunidades até se chegar efetivamente a produção de legislação e, posteriormente, à sua implementação.

### 2.3.3. O modelo de múltiplos-fluxos: base para organização do estudo empírico

A agenda governamental, para Kingdon, é definida como o conjunto de assuntos sobre os quais o governo e pessoas ligadas a ele concentram sua atenção em determinado momento (KINGDON, 2014). Um tópico passa a fazer parte da agenda governamental quando os participantes o encaram como um problema que precisa de intervenção estatal para ser solucionado. No entanto, em virtude da complexidade, do interesse dos atores e do volume de tópicos que se apresentam, apenas alguns são realmente considerados em um determinado momento. Estes compõem a agenda decisional, um subconjunto da agenda governamental que contempla os tópicos selecionados para serem realmente transformadas em ações do governo. Importante notar o caráter setorial destas agendas – ou seja, existem agendas específicas da saúde, do transporte, da educação etc – e que elas variam em grau de integração, refletindo-se em ações mais ou menos coesas do governo.

Para compreender como alguns tópicos passam a ser efetivamente considerados pelos formuladores de políticas, Kingdon (2014) caracteriza os governos como “anarquias organizadas”<sup>18</sup>, nas quais três fluxos decisórios (*streams*) seguem seu curso de forma

---

<sup>18</sup> O processo de *agenda-setting* de Kingdon é tributário no “modelo da lata de lixo” (*garbage can model*). Este modelo foi desenvolvido para a análise de organizações que se configuram como “anarquias organizadas”, operando em condições de

relativamente independente, permeando toda a organização: problemas (*problems*), soluções ou alternativas (*policies*) e política (*politics*). Em momentos críticos esses fluxos convergem, e é precisamente nessas ocasiões que são produzidas mudanças na agenda.

O modelo está baseado em três hipóteses (ACKRILL et al., 2013, p. 872). Primeira, os formuladores de política operam em um contexto de restrição de recursos, em especial de tempo. Na prática isso significa que (a) eles não poderiam, mesmo que quisessem, atender a todos os problemas, (b) eles têm que ser heurísticos na busca de soluções, ou seja, em face de questões difíceis devem substituí-las por outras de resolução mais simples a fim de encontrar respostas viáveis, ainda que imperfeitas e (c) eles devem aceitar resultados satisfatórios em vista da impossibilidade de resultados ótimos. Segunda, os fluxos são gerados de forma independente. A implicação é que a informação é vaga, as consequências são incertas e o conflito político faz parte do processo de formulação. Terceira, a ambiguidade permeia o processo. A preferência da maioria dos atores é opaca e mal definida, as regras institucionais nem sempre são conhecidas por todos e a participação é fluída.

Contudo, vale lembrar que as informações e instituições não são valorativamente neutras, elas representam o resultado de negociação anteriores e refletem as relações de poder existentes. O Estado é a materialização dos projetos, estratégias e lutas ocorridas no passado. A seletividade das estruturas estatais não apenas influi de forma central nos padrões de acumulação e nos projetos de desenvolvimento, como é, ela própria, produto das lutas travadas anteriormente e das diversas estratégias dos atores (JESSOP, 2002). Como resultado, o processo de formulação de políticas públicas está aberto à manipulação daqueles que geram a informação, controlam o acesso às arenas de debate e sincronizam ou exploram calendários institucionais.

### 2.3.3.1 O Fluxo dos Problemas

No primeiro fluxo, o modelo busca analisar de que forma os tópicos são reconhecidos como problemas e por que determinados problemas passam a ocupar a agenda governamental. Para entender este processo de seleção, Kingdon estabelece uma divisão entre problemas e tópicos (*conditions*). Um tópico é uma situação social percebida, mas que não desperta

---

grande incerteza e ambiguidade, nas quais estão presentes três características principais: participação fluída, preferências problemáticas e tecnologia pouco clara. Sobre este modelo e a ideia de anarquias organizadas, ver March, Olsen e Cohen (1972).

necessariamente uma ação em contrapartida. Esse tipo de questão configura-se como problema apenas quando os atores participantes da formulação da política o assumem como passível de intervenção estatal. Por este motivo, a inclusão de qualquer tópico na agenda fica marcada pela forma como estes atores os percebem e os interpretam e, mais importante, da forma como eles são definidos como problemas.

Ou seja, apesar de os formuladores da política não terem controle completo sobre o que entra na agenda – uma vez que estão limitados a um conjunto de tópicos sociais – eles definem em grande parte quais dos tópicos merecem atenção naquele momento e, além disso, a forma como a questão será elaborada e trazida ao público para discussão. A entrada de um tópico na agenda passa pela construção de uma base argumentativa que justifique a intervenção estatal. Desta forma, adotaremos neste trabalho a visão de que a formulação de políticas públicas está situada entre o “poder” e a “racionalidade”, entre a satisfação de interesses e a argumentação substantiva (ARTS; TATENHOVE, 2004). Nesse sentido, a política pública implica todo um conjunto de atividades pré e pós-decisões que buscam aportar “evidências, argumentos e persuasão” (MAJONE, 1989 apud VILLANUEVA, 1992, p. 28) com o fim de obter consenso.

Estes argumentos são geralmente de três ordens: indicadores; eventos, crises e símbolos; além de *feedback* das ações governamentais (KINGDON, 2014). Importante notar que a presença destes elementos não transforma tópicos em problemas, estes são construções sociais que envolvem a interpretação dos atores. Do ponto de vista da estratégia política, a definição do problema é fundamental. A forma como um problema é definido, articulado, concentrando a atenção dos atores envolvidos na formulação da política, pode determinar o sucesso de uma questão no processo altamente competitivo de criação da agenda.

O caso do Rio de Janeiro parece se adequar aos argumentos de crise na saúde. As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) criadas em 2007 para desafogar as emergências no estado foram desenvolvidas para funcionar sob o modelo de administração direta, com a corporação militar dos bombeiros assumindo funções de gerência e assistência nas unidades entre 2007 e 2010. As UPAs rapidamente se tornaram o principal projeto de saúde do governo do estado e um de seus carros-chefes eleitorais. A utilização de profissionais militares visava cobrir alguns dos principais problemas de gestão do trabalho em saúde apontados em nossa pesquisa, quais sejam: a contratação e fixação profissionais de saúde, principalmente médicos, em áreas periféricas ou de maior violência urbana.

No entanto, em 2011, um grupo representativo de membros do Corpo de Bombeiros iniciou protesto, que mais tarde evoluiria para amotinamento e prisões, exigindo melhorias para a categoria. Entre as reivindicações podemos destacar: melhores condições de trabalho,

aumento salarial e a desvinculação da Secretaria de Defesa Civil (SEDEC) da Secretaria de Estado de Saúde (SES), que havia sido realizada em janeiro de 2007 para permitir a gestão das UPAs.

O descontentamento dos bombeiros militares, sua paralisação e recusa em continuar com a gerência e prestação de serviço nas UPAs gerou uma crise na prestação de serviços, uma vez que as unidades criadas e das quais o atendimento dependia largamente não possuíam pessoal concursado para ocupá-las. Esta situação, causada principalmente pela ausência de uma política coerente de gestão do trabalho em saúde, foi o que deu início às alterações do modelo de gestão em saúde no estado. A maneira como o assunto foi construído como um problema a ser tratado na agenda pública é essencial. Ao invés de ser apresentado como um problema de gestão do trabalho (o que levaria a uma valorização do serviço público e prestação direta) ele foi construído como uma crise da capacidade do setor público em administrar serviços e contratar pessoal.

Neste processo, o papel dos meios de comunicação de massa é fundamental porque o *modo* como um assunto é caracterizado pela mídia pode influenciar o entendimento do público sobre a temática retratada (SCHEUFELE; TEWKSBURY, 2007). A ideia aqui implicada é tributária de décadas de pesquisa existente em sociologia (GOFFMAN, 1974), psicologia (KAHNEMAN; TVERSKY, 1984), linguística cognitiva (LAKOFF, 2004) e comunicação (ENTMAN, 1991; IVENGAR, 1994). A novidade é seu uso para a análise sistemática do papel da mídia de massa na entrada de problemas na agenda governamental (PORTO, 2004).

Ao fazer a primeira revisão sistemática dos estudos sobre os enquadramentos da mídia, Entman (1994) apresenta uma definição do conceito que resume seus principais aspectos. Segundo o autor,

*o enquadramento envolve essencialmente seleção e saliência. Enquadrar significa selecionar alguns aspectos de uma realidade percebida e fazê-los mais salientes em um texto comunicativo, de forma a promover uma definição particular do problema, uma interpretação causal, uma avaliação moral e/ou uma recomendação de tratamento para o item descrito* (ENTMAN, 1994, p. 294; tradução nossa).

Assim, podemos dizer que os meios de comunicação podem potencialmente desempenhar um papel ativo e continuado, influenciando e refletindo a construção da agenda (HOWLETT, 2000). A mídia pode influenciar a formação de políticas ao gerar a atenção do público e, através dela, a pressão política para que certos atores passem a atuar sobre uma questão particular (HESTER; GIBSON, 2007). A cobertura da mídia, porém, não apenas

aumenta as percepções e atenção públicas sobre várias questões, mas as constrói, definindo-as como econômicas ou políticas, sociais ou pessoais, radicais ou conservadoras. O que é relatado, como é relatado, quem relata e o caráter do meio de comunicação, tudo isso tem implicações para a mensagem da mídia ao público (COOK et al., 1983).

Importante considerar que nos estudos de Kingdon a mídia aparece como ator coadjuvante, atuando como intérprete das ações desencadeadas pelo governo ao invés de ter um efeito independente sobre as agendas do governo. A mídia é apresentada como um comunicador dentro da comunidade da política pública, porque a agenda já foi determinada muito antes e por processos não influenciados por ela (CAPELLA, 2007).

No caso da entrada na agenda do Rio de Janeiro de um novo modelo de gestão de serviços públicos de saúde, a hipótese é que a mídia foi um ator principal do fluxo de problemas, ao fazer um enquadramento da questão da saúde no estado consonante com a perspectiva do Governador e do Secretário Estadual de Saúde, permitindo aos argumentos destes um acesso mais fácil aos marcos interpretativos mais gerais construídos socialmente através dos quais as pessoas fazem sentido dos eventos e das situações sociais (GOFFMAN, 1974).

### 2.3.3.2 O Fluxo das Alternativas

Se o primeiro fluxo trata dos problemas, no segundo temos um conjunto de alternativas ou soluções (*policy alternatives*) disponíveis para os problemas. Kingdon considera que as ideias geradas nesse fluxo não estão necessariamente relacionadas à percepção de problemas específicos. Como afirma o autor: “*As pessoas não necessariamente resolvem problemas. [...] Em vez disso, elas geralmente criam soluções e, então, procuram problemas para os quais possam apresentar suas soluções*” (KINGDON, 2014, p. 86). Assim, as questões presentes na agenda governamental não são geradas aos pares, como problemas e soluções.

No modelo de múltiplos fluxos, a geração de alternativas e soluções acontece em comunidades (*policy communities*) compostas por especialistas que compartilham uma preocupação em relação a uma área. Apesar de poderem ser integrantes da burocracia, os componentes destas comunidades normalmente emergem na interseção de agentes econômicos e seus grupos de interesses, governo e academia (HORNE, 2002).

A criação de alternativas e o debate sobre elas é um processo altamente competitivo e, aquelas que alcançam mais sucesso, são difundidas, criando uma lista restrita de propostas. Tais ideias não representam, necessariamente, uma visão consensual de uma comunidade a respeito

de uma proposta, mas sim o reconhecimento de que algumas propostas são relevantes dentro do enorme conjunto de soluções potencialmente possíveis.

Ao contrário da impressão de que as alternativas geradas nestas comunidades têm pouca consistência ou impacto nas decisões, Kingdon argumenta que o conjunto de conhecimento produzido serve como um “mapa” para os formuladores da política, fornecendo-lhes um conjunto relativamente coerente de suposições sobre o funcionamento da sociedade, da economia e da política. Por esta razão, atores que compartilham o mesmo mapa teórico tendem a fazer escolhas similares em momentos diferentes, mesmo frente a mudanças no ambiente externo (BERMAN, 1998, p. 32). Longe de serem puramente cognitivos, estes mapas são inerentemente normativos e programáticos (BÉLAND, 2005, p. 8).

A difusão de soluções para a questão da saúde baseadas no Consenso de Washington (disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, reforma tributária, eliminação de restrições aos investimentos estrangeiros, privatização das empresas estatais, entre outras medidas) envolve a formação do que Peter Haas (1992) chama de uma “comunidade epistêmica” favorável a virada neoliberal. Os membros destas comunidades *“compartilham ‘crenças’ que fornecem os fundamentos morais, técnicos e políticos, num movimento amplo de construção do consentimento como forma de hegemonia”* (IVO, 2015, p. 144). Essa comunidade viabiliza processos de transição da ordem social e consolida fundamentos e modelos de intervenção estratégica no âmbito de Estados, municipalidades e famílias, a exemplo dos programas focalizados de transferência de renda.

O Banco Mundial teve um papel importante na formação desta comunidade epistêmica<sup>19</sup>. Por um lado, foi peça-chave em um tipo de “aliança tríplice de reformas” que se originou entre agências externas, funcionários de Estado e outros atores domésticos ligados às reformas. O Banco trabalhou para gerar estímulos externos que reduzissem os obstáculos e impedimentos domésticos às políticas (NUNBERG, 1999), cabendo às elites internas mobilizar estrategicamente compromissos externos para alcançar seus objetivos (IKENBERRY, 1990).

Por outro lado, ele foi tanto um ator externo, promovendo ativamente um modelo multipilar por intermédio de suas operações de empréstimos, quanto um ponto focal para as discussões de políticas tecnicamente informadas por meio dos relatórios dos seus especialistas.

---

<sup>19</sup> Para mais sobre o papel do Banco Mundial como formador de comunidades epistêmicas pelo mundo ver: MERRIEN, F.-X. The World Bank's new social policies: pensions. *International Social Science Journal*, n. 53, p. 537-550, 2001. Estas pesquisas não devem obscurecer o fato de que o legado institucional e a cultura representativa nacional restringem a transferência de soluções de políticas públicas (SCHMIDT, 2002, p. 250; KATZENSTEIN, 1996) Ver também PAES, E. R. B. D. (2017). Orientador: Cesar Guimarães. Para uma visão crítica dos conceitos desenvolvidos pelo Banco Mundial, ver a obra de Vivian Domingues Ugá (2011).

(MELO, 2004). Nesse sentido, sua atuação foi essencial para a superação do paradigma até então vigente e defendido por uma comunidade epistêmica ligada à Reforma Sanitária (COSTA, 2014; ARRETCHE, 2010).

É necessário considerar a influência dessas agendas sobre o universo do conhecimento produzido pela comunidade científica em todo o mundo. Essa comunidade de pesquisadores e consultores interage com essas diretrizes, redefinindo prioridades da ação social e medidas de eficácia em termos do encaminhamento de questões sociais (IVO, 2015). As agendas políticas nacionais se redimensionaram procurando atender aos imperativos da globalização econômica e a comunidade epistêmica ligada à Reforma Sanitária deixou de protagonizar a formulação da agenda de políticas sociais (GERSCHMAN; VIANNA, 2003).

#### 2.3.3.3 O Fluxo da Política

O primeiro fluxo trata de problemas, o segundo de soluções. Finalmente, o terceiro fluxo é composto pela dimensão da política “propriamente dita”. Independentemente do reconhecimento de um problema ou das alternativas disponíveis, o fluxo político segue sua própria dinâmica e suas regras. Ao contrário do fluxo de alternativas, no qual o consenso é construído com base na persuasão e na difusão de ideias, no fluxo político as coalizões são construídas em um processo de barganha e negociação política.

Nesse fluxo, três elementos exercem influência sobre a agenda governamental nas modernas democracias ocidentais. Em primeiro lugar, o fluxo político é afetado por mudanças dentro do próprio governo: mudança de pessoas em posição estratégica no interior da estrutura governamental; mudanças na composição do Poder Legislativo; e mudanças na chefia de órgãos e empresas públicas. O início de um novo governo é, nesta perspectiva, o momento mais propício para a mudança da agenda.

No caso do Rio de Janeiro, o Governador Sérgio Cabral havia acabado de reeleger-se para seu segundo mandato quando da aprovação da legislação, cujo processo de tramitação foi feito em regime de urgência e demorou pouco mais de um mês<sup>20</sup>. Apesar de a reeleição ter tido impacto sobre a mudança da agenda, ela não pode ser considerada como fator preponderante, a

---

<sup>20</sup> O Projeto 767/2011 foi protocolado com regime de urgência em 16/08/2011 e foi transformado na Lei 6.043/2011 em 20/09/2011. Apesar do curto tempo ela foi fonte de intenso debate e de negociação política.

menos que levemos em conta características da coalizão partidária formada no segundo governo de Sérgio Cabral.

O segundo elemento que exerce influência sobre o fluxo político é chamado opinião pública<sup>21</sup>, definida por Kingdon sumariamente como a concordância de um número consideravelmente grande de cidadãos sobre uma linha de pensamento durante determinado período de tempo. O problema central para o entendimento do papel da opinião pública no processo de construção da agenda é compreender como surgem as demandas por uma política, como elas são articuladas por atores específicos e como emergem na agenda do governo (COBB; ELDER, 1972; SPECTOR; KITSUSE, 1987). Embora frequentemente se suponha que esse processo começa com a expressão pública de alguma preocupação com alguma política, isso nem sempre acontece. Na verdade, na maioria dos casos atores estatais tomam a frente no processo (WALKER, 1977; HOWLETT, 2000).

A principal influência direta da opinião pública sobre a agenda governamental acontece, claro está, em períodos eleitorais. Contudo, a participação eleitoral é feita com base em programas de governo, que nem sempre são respeitados nas ações de um partido quando ele assume o poder (KINGDON, 2014). Por essas razões, podemos dizer que a influência da opinião pública é indireta<sup>22</sup> (HOWLETT, 2000), o que não significa dizer que não tem impacto.

Uma opinião pública favorável possibilita que algumas questões sejam mais facilmente incluídas na agenda e torna as pessoas mais receptivas à argumentação dos formuladores de políticas. A percepção, pelos participantes do processo decisório, de uma opinião pública favorável cria incentivos para a promoção de algumas questões e, em contrapartida, pode também desestimular outras ideias.

A opinião pública, por sua vez, está condicionada, mas não determinada, assim como também não totalmente dissociada das estruturas sociais e pela lógica institucional – incluindo os meios de comunicação de massa. Admitimos que as estruturas sociais, por exemplo, classes sociais, escola e grupos étnicos exercem limitações materiais e culturais para a opinião que será formada a partir de um estímulo qualquer que normalmente é transferido pelos meios de comunicação<sup>23</sup>. A maneira como a mídia de massa trata um tópico não é capaz de determinar a

---

<sup>21</sup> O autor também utiliza os termos “clima” ou “humor” nacional.

<sup>22</sup> A influência indireta da opinião pública sobre as políticas públicas não é de forma alguma pacífica. Isto é, apesar de pelo menos desde os primeiros trabalhos de Key (1967), Schattschneider (1960) e Bernard Berelson (1952) as pesquisas terem encontrado pouca, ou mesmo nenhuma, ligação linear entre a opinião pública e os resultados políticos, este tema permanece pertinente e fonte de vários estudos relevantes, talvez em razão da busca de um ideal representativo.

<sup>23</sup> Os estudos sobre a influência dos meios de comunicação de massa sobre a opinião pública podem ser divididos em dois tipos: o elitismo institucional, que tem como um de seus representantes Giddens. Os elitistas, dentre os quais podemos

opinião pública, pois a recepção será mediada pelas estruturas sociais nas quais o sujeito está inserido, mas tem um importante papel em condicioná-la, uma vez que limita os tópicos sobre os quais o público terá informação, bem como o tipo e a quantidade dessa informação.

O terceiro elemento do fluxo político é composto pelas forças políticas organizadas, exercidas principalmente pelos grupos de pressão. O apoio ou a oposição dessas forças a uma determinada questão sinaliza consenso ou conflito em uma arena política, permitindo aos participantes do processo decisório avaliarem se o ambiente é propício ou não a uma proposta. Quando grupos de interesse e outras forças organizadas estão em consenso em relação a uma proposta, o ambiente é altamente propício para uma mudança nessa direção. Mas quando existe conflito, os defensores de uma proposta analisam o equilíbrio das forças em jogo, procurando detectar setores favoráveis ou contrários a emergência de uma questão na agenda. A percepção de que uma proposta não conta com apoio de alguns setores não implica necessariamente o abandono de sua defesa, mas indica que haverá custos mais elevados durante o processo.

Na adoção de um modelo privado de gestão de serviços de saúde, um importante fator foi a desmobilização dos setores envolvidos com a Reforma Sanitária. A heterogeneidade na composição e nos posicionamentos políticos dos integrantes do movimento sanitário se evidenciou após a redemocratização. Nesse momento as fraturas ideológicas internas do movimento, que haviam sido escamoteadas em função da agregação em torno da retomada do regime democrático e da reforma sanitária enquanto objetivo ético e político, vêm à tona. Particularmente, acirram-se divergências decorrentes do fortalecimento da identidade partidária. Além disso, alguns atores importantes para o movimento retomam questões corporativas como sua agenda principal. O principal deles foi o dos profissionais médicos, mas incluía também os trabalhadores e os sindicatos com maior nível de organização e maior poder de barganha, localizados nos grandes centros industriais do eixo Rio-São Paulo (GERSCHMAN, 1995).

No caso dos médicos, embora o apoio ao SUS tenha sido generalizado e mantido formalmente no período de implementação, de fato não existiam muitos incentivos para um apoio mais efetivo a uma reforma sanitária radical. Pelo menos, a curto prazo, a implantação

---

destacar a teoria de *Agenda-Setting*, partem da premissa de que o estabelecimento de uma agenda temática, imposta pelos meios de comunicação, define sobre que temas o público deve pensar e formar opiniões, ou seja, a mídia seleciona os temas sobre os quais o público deve formar uma opinião, ainda que ela não seja capaz de impor a opinião já formada (COEH, 1963; MCCOMBS; SHAW, 1972, NOELLE-NEUMAN, 1974); e as teorias pluralistas, que concebem o público como um conjunto de consumidores soberanos representando demandas diversificadas por conteúdos, além de liberdade na interpretação desse conteúdo dos meios de comunicação. De acordo com essas explicações, a opinião pública formar-se-ia no seio do próprio público, sem a participação direta dos meios de comunicação.

completa do SUS possivelmente lhes traria perdas, na medida em que, na sua maioria, eles estavam vinculados a planos de saúde empresariais, a essa altura institucionalizados e em franca expansão desde a década de 1980, constituindo-se, muitas vezes, em objeto de negociação coletiva.

Por sua vez, o movimento popular em saúde não foi capaz de garantir o apoio dos usuários. Contribuiu para isso a característica de valorização da prevenção e combate aos determinantes sociais de saúde que permeia a reforma, que faz com que os seus benefícios sejam muito dispersos e só perceptíveis a longo prazo, dificultando a mobilização do público alvo da política de saúde.

#### 2.3.3.4 Janelas de Oportunidade

Em determinadas circunstâncias, estes três fluxos – problemas, soluções e dinâmica política – são reunidos, gerando uma oportunidade de mudança na agenda. Nesse momento, um problema é reconhecido, uma solução está disponível e as condições políticas tornam o momento propício para a mudança, permitindo a convergência entre os três fluxos e possibilitando que questões ascendam a agenda.

As circunstâncias que possibilitam a convergência dos fluxos – denominadas por Kingdon como janelas de oportunidade (*policy windows*) – são influenciadas sobretudo pelo fluxo dos problemas e pelo fluxo político. De acordo com o autor, uma oportunidade para mudança surge quando um novo problema consegue atrair a atenção do governo e mudanças são introduzidas na dinâmica política. O fluxo de soluções, apesar de essencial para a elaboração de uma nova proposta, não exerce influência direta sobre a agenda.

As janelas de oportunidade podem se abrir a partir de eventos periódicos e previsíveis – como, por exemplo, em situações de mudança no governo (transição administrativa e períodos eleitorais) e em algumas fases do ciclo orçamentário (momentos de inclusão de propostas, por exemplo) – ou imprevisíveis (caso que ocorre principalmente em situações de crise financeira ou desastres naturais). Em qualquer dos casos, a janela de oportunidade tem caráter transitório.

Outro componente fundamental para que ocorram mudanças na agenda é a existência de um empreendedor disposto a investir seus recursos – tempo, energia, reputação, dinheiro – para promover uma posição em troca da antecipação de ganhos futuros na forma de benefícios materiais. Empreendedores podem fazer parte do governo (no Poder Executivo, ocupando altos

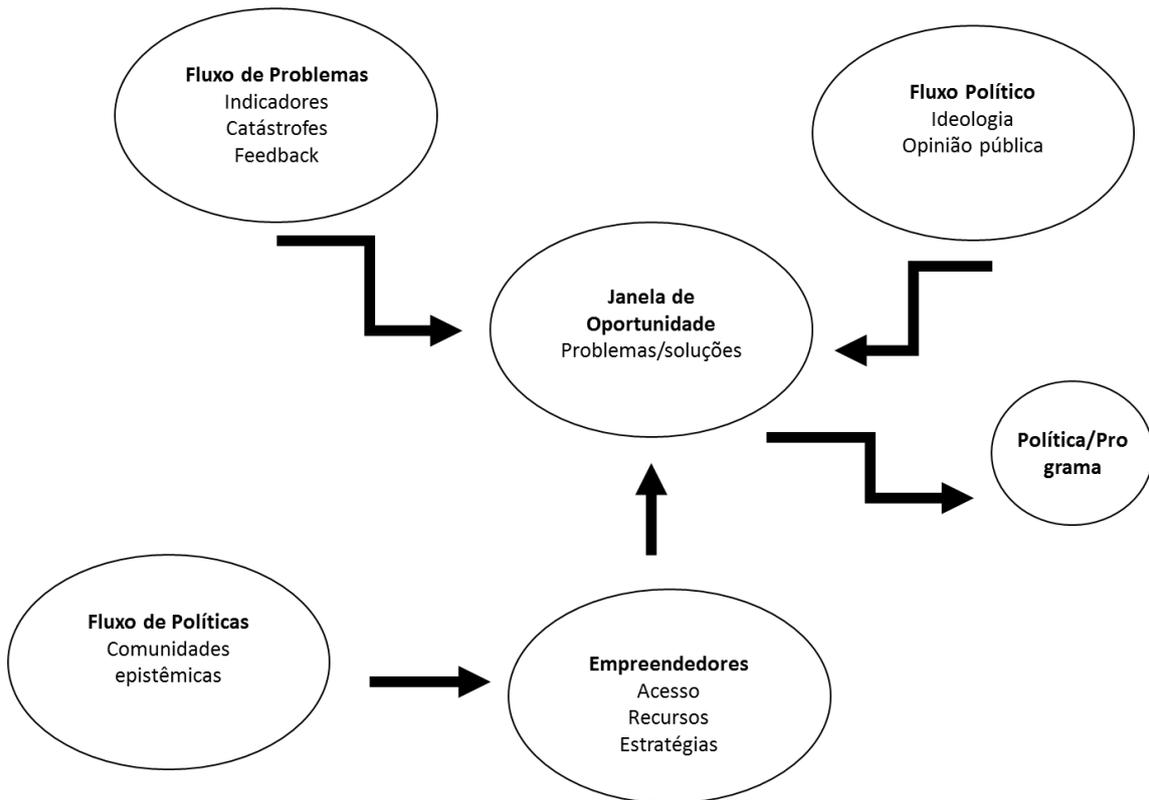
pontos em função burocrática; no Poder Legislativo, como parlamentares ou assessores), ou fora dele (em grupos de interesse, na comunidade acadêmica, na mídia).

Empreendedores têm sucesso quando identificam corretamente um momento político adequado para a mudança e são capazes de formular argumentos convincentes apresentando uma solução para os problemas. Assim, além de recursos, os empreendedores buscam estratégias para compor problemas e soluções em um pacote atraente, que posteriormente será vendido para os formuladores de políticas (ACKRILL et al., 2013, p. 873).

A hipótese que sustentamos neste trabalho é que o empreendedor da mudança do tipo de gestão em saúde ocorrida no Rio de Janeiro foi o próprio Chefe do Poder Executivo, o Governador Sérgio Cabral. O governador teria se beneficiado de uma janela de oportunidade aberta em um momento propício para a negociação com outros participantes da arena política estadual em razão do amotinamento dos bombeiros militares, o que permitiu que colocasse o problema da gestão da saúde no estado – problema em grande parte construído com a ajuda da mídia – na agenda do governo e, posteriormente, apresentasse como solução a gestão privada de serviços públicos – tese construída por uma comunidade epistêmica centrada no Banco Mundial e que contrasta com a até então vigente no Brasil, defendida pela Reforma Sanitária.

Na Figura 1, apresenta-se um esquema do modelo de múltiplos fluxos, no qual os três fluxos são reunidos pelos empreendedores de políticas em momentos nos quais a janela de oportunidade está aberta.

Figura 1 – Diagrama do Modelo de Múltiplos-Fluxos



Fonte: KINGDON, 2014.

### 2.3.3.5 Atores participantes do processo de formulação de políticas sociais

Os participantes também influenciam o estabelecimento das agendas governamentais e na formulação da política. O grupo de atores visíveis, aqueles que recebem considerável atenção da imprensa e do público, inclui o Chefe do Executivo e seus assessores de alto escalão, membros do Poder Legislativo, atores relacionados ao processo eleitoral – como partidos políticos –, além da própria mídia. Existem também atores tidos como “invisíveis” participantes do processo de formulação de políticas públicas. Acadêmicos, burocratas de carreira e funcionários do Legislativo são vitais para a especificação de alternativas, possuindo recursos como tirocínio, experiência acumulada e padrões de relacionamento estabelecidos com o Legislativo e grupos de pressão (KINGDON, 2014).

Com relação à definição da agenda, a influência do Chefe do Executivo recebe destaque por manejar recursos institucionais (principalmente o poder de veto e o poder de nomear pessoas para cargos-chave no processo decisório), recursos organizacionais e recursos de comando da atenção pública.

Embora o Chefe do Executivo possa influenciar e mesmo determinar as questões presentes na agenda, não consegue manter o controle sobre as alternativas a serem consideradas, que se concentram nas mãos de especialistas. Portanto, embora fundamental para o modelo, este ator não determina sozinho o resultado de uma política.

Também influenciam a agenda os indivíduos nomeados pelo Chefe do Executivo para os altos escalões da burocracia governamental. Além de poderem inserir novas ideias na agenda, o perfil destes atores pode ajudar a determinar quais serão as questões que receberão atenção do governo. A alta administração é central para o processo de definição da agenda, embora, de forma semelhante ao Chefe do Executivo, tenha menor controle sobre o processo de seleção de alternativas e implementação.

Diversos estudos ressaltam a relação entre a capacidade da burocracia na formulação de políticas públicas e o sucesso de políticas sociais. Discutindo a relação entre características organizacionais do Estado e políticas de redistribuição da riqueza características do *Welfare State*, Dietrich Rueschenmeyer e Peter Evans (1985) afirmam que a implementação das políticas sociais não depende apenas de uma relativa autonomia das agências implementadoras em relação à classe dominante, mas também da capacidade da burocracia de elaborar políticas que vão de encontro às lógicas tanto do mercado quanto de instituições sociais (como outras instituições do Estado):

*A reestruturação direta de padrões de distribuição exige uma intrusão profunda nos processos sociais e econômicos. Essas invasões seriam extremamente difíceis de implementar, mesmo que a autonomia pudesse ser tomada como garantida (RUESCHENMEYER; EVANS, 1985, p. 54, tradução nossa).*

Assim, o desenvolvimento de um *Welfare State* com caráter redistributivo depende não apenas do equilíbrio de poder entre classes, mas também dos interesses e da capacidade organizacional da burocracia. De modo semelhante, em uma análise comparativa entre os casos da Inglaterra, Suécia e Estados Unidos, Weir e Skocpol (1985) concluem que a emergência do *Welfare State* nesses países dependeu fundamentalmente do apoio da burocracia a suas políticas. As coalizões políticas entre grupos sociais interessados em incentivar os gastos públicos e os programas políticos dos partidos orientados à defesa de interesses de classe foram definidas em função da capacidade organizacional do Estado à época.

Essa ênfase na burocracia sugere uma certa autonomia da máquina do Estado em relação não só à classe capitalista, mas também à política partidária, o que permite supor igualmente uma certa autonomia do *Welfare State* em relação ao próprio governo por intermédio da

burocracia. Essa é uma hipótese desenvolvida por Desmond King (1988), para quem a expansão do *Welfare State* nas economias industrializadas após a década de 40 reflete a emergência política dos trabalhadores organizados e o peso da burocracia como agente de governo: a prosperidade das sociedades industriais criou o contexto e a base material para a provisão estatal de bem-estar; direitos civis e políticos tornaram-se parte da agenda política como resultado da secularização e penetração de valores liberais na sociedade; e a organização dos sindicatos fez dos trabalhadores uma força política relevante para a obtenção de conquistas sociais. A tese de King é de que a fusão entre Estado e economia remodelou fundamentalmente as sociedades, tornando as políticas sociais profundamente interligadas à estrutura social e política das democracias industriais avançadas. Devido à legitimidade pública e à posição institucional do *Welfare State*, sua forma e tamanho seriam pouco suscetíveis a flutuações econômicas e políticas conjunturais. Em outras palavras, uma vez estabelecido, o *Welfare State* adquire certa autonomia em relação à economia e ao governo. Alguns elementos que contribuem para essa autonomia são mencionados por King. O primeiro seria a acomodação da cultura política à provisão pública de bem-estar e serviços sociais. Além do papel determinante da ideologia de mobilização das organizações de trabalhadores, a introdução e a consolidação das políticas sociais promovem uma difusão da cultura política favorável ao *Welfare State* também fora dessas organizações.

Em segundo lugar estão os interesses estatais e as estruturas administrativas. As políticas sociais refletem em parte a lógica interna de funcionamento do Estado:

*É evidente que os funcionários do Estado têm sido fundamentais na estruturação política do estado de bem-estar e não simplesmente como instrumento de poderosos interesses sociais e econômicos. [...] As atividades e políticas dos servidores públicos são de fundamental importância para qualquer compreensão do Estado contemporâneo. São os funcionários públicos que têm que responder às pressões contextuais — sejam elas derivadas de conflito de classe, complexidades sociais crescentes ou insatisfação com processos de mercado — e formular a política pública de acordo com as circunstâncias [...] (KING, 1988, p. 66).*

Em síntese, os funcionários públicos protegem as políticas de bem-estar que consideram importantes para a sociedade ou para seus interesses individuais e corporativos. Estados de bem-estar possuem máquinas administrativas de grandes dimensões e as altas taxas de sindicalização dos funcionários públicos garantem força política na luta por seus interesses na manutenção das políticas sociais. Além disso, a experiência de sindicalização faz com que os empregados públicos com frequência compartilhem os mesmos valores políticos do movimento operário. À medida que a provisão de serviços públicos representa simultaneamente ganhos

para os interesses sociais gerais e a base de seu emprego, os funcionários públicos se identificam com as organizações dedicadas a esses ganhos. No entanto, os funcionários públicos não são o único grupo profissional dependente do *Welfare State*. Médicos, assistentes sociais e professores são algumas das profissões geralmente compromissadas com a defesa das instituições do *Welfare State* também em favor de seus interesses particulares.

Além dos atores que fazem parte da administração, atores do Poder Legislativo também exercem poder sobre a agenda governamental. O Poder Legislativo, além de influenciar o estabelecimento da agenda, também tem papel central na geração de alternativas para a solução do problema. Isso é possível porque os parlamentares possuem recursos como o monopólio da produção legal, essencial para a maioria das mudanças essenciais em políticas públicas. Além disso, eles estão frequentemente expostos aos outros participantes, o que os torna capazes de participar ativamente do processo de barganha. A extensão da participação destes atores pode ser atribuída também a sua relativa estabilidade, quando comparados com o Poder Executivo e com os altos postos da burocracia.

Outro grupo de atores influente é composto pelos participantes do processo eleitoral, principalmente partidos políticos. Por um lado, partidos podem levar questões à agenda governamental por meio de seus programas de governo. No entanto, a atuação dos partidos neste sentido deve ser observada com cautela, uma vez que nem sempre a plataforma eleitoral é convertida em ações de governo (KINGDON, 2014, p. 64). Por outro lado, e mais importante, as coalizões partidárias são essenciais para o sucesso da ascensão de uma questão à agenda.

Esta tese procurará compreender o processo de negociação entre o Governador Sérgio Cabral, enquanto empreendedor da política, e os membros da burocracia, do Conselho Estadual de Saúde, do Poder Legislativo e dos partidos políticos. A literatura tradicional sobre a política estadual no Brasil pressupõe que os governadores são capazes de controlar os deputados, prefeitos e eleitores por meio da distribuição estratégica de cargos e recursos públicos, e assim garantir hegemonia sobre a arena política estadual. Além disso, existiria uma hipertrofia do Executivo que desequilibra os demais poderes formais - Legislativo e Judiciário (ABRUCIO, 1998). Neste caso, o processo de negociação para a entrada de uma questão na agenda e formulação de política seria dominada pelo Chefe do Executivo, que possuiria meios de incluir questões e definir soluções a custos baixos. Ou seja, sem os inconvenientes e custos elevados próprios da negociação.

Contudo, este tipo de interpretação tem sido questionado por diversos estudos. Principalmente para o Rio de Janeiro, diversos autores apresentam estudos consistentes mostrando como a formulação de políticas públicas no estado sofre a influência de uma rede

abrangente e diversificada de atores (MARQUES, 2000), taxas de dominância do Executivo sobre o Legislativo baixas, quando comparadas com o governo federal (SANTOS, 2001) e uma atuação do Legislativo com características litigiosas (GRAÇA, 2016), indicando alto nível de conflito e negociação na política estadual.

Diversas hipóteses concorrem para explicar as variações entre os Legislativos estaduais. A autonomia parece estar relacionada à alta taxas de competição eleitoral (SANTOS, 2001; BORGES, 2007, 2010), na baixa concentração de poderes “proativos” (como, por exemplo, possibilidade de editar medidas provisórias, possibilidade de solicitar urgência e a competência exclusiva de matérias, principalmente tributária e orçamentária) nas mãos do governador (SANTOS, 2001; PEREIRA, 2001), em uma estrutura interna da Casa Legislativa que disperse poder (SANTOS, 2001; PEREIRA, 2001) e na disponibilidade orçamentária para a negociação com os deputados (PEREIRA, 2004; GRAÇA, 2016).

A interação destes diversos fatores foi crucial para que o Governador Sérgio Cabral conseguisse desenvolver um tipo de controle do Legislativo, dependente do fluxo abundante de recursos econômicos disponibilizados pelos altos preços do petróleo. Estes dois fatores, apesar de não terem eliminado o conflito, permitiram, com custos altos, que o governo estadual mantivesse uma coalizão ampla no nível estadual e que negociasse com setores da burocracia e do Legislativo.

### **3 DEFININDO O PROBLEMA DA GESTÃO EM SAÚDE: EMPREENDEDORES, OPÇÕES E SOLUÇÕES**

A Constituição Federal de 1988 consagra o Sistema Único de Saúde (SUS) como a tradução setorial e institucional da proposta de um sistema nacional de acesso universal e integral elaborada pela Reforma Sanitária (PAIM et al., 2011). Entretanto, já existia um forte setor privado de saúde que não podia ser ignorado. Por um lado, o seguro privado de saúde era utilizado por parcela significativa da população. Por outro, e mais relevante, o parque hospitalar brasileiro era predominantemente privado, com destaque para o setor de entidades privadas sem fins lucrativos.

Não deve ser desconsiderado que esse parque hospitalar privado foi constituído a partir da década de 1930 basicamente mediante financiamento estatal, como parte do modelo corporativo de saúde, que restringia o acesso aos hospitais privados ao setor ocupacional específico do qual o trabalhador participava (ALMEIDA, 2002). Em 1950, 53,9% dos leitos hospitalares no Brasil eram privados, predominando entidades mutualistas e filantrópicas, que suplementavam redes estatais. Em 1960, 62,1% dos hospitais eram privados, dos quais a maior parte (85,6%) era composta de entidades sem fins lucrativos que prestavam serviços para o setor público (CORDEIRO, 1984).

O modelo corporativo de prestação de serviços de saúde prevaleceu até 1964 quando, em decorrência do golpe civil-militar, foi posto de lado concomitantemente ao afastamento de sindicatos e trabalhadores da vida política (GERSCHMAN; SANTOS, 2006, p. 181). A unificação do Institutos de Aposentadorias e Pensões, em 1967, limitou o poder político dos sindicatos ao acabar com os benefícios diferenciados por categoria ocupacional. No novo padrão de prestação de serviços, baseado na individualização do risco (TEIXEIRA, 2009), os recursos concentrados da previdência foram dispendidos na compra de serviços privados – inclusive com fins lucrativos – de assistência médica (CORDEIRO, 1984), possibilitando a incorporação crescente do segmento privado ao setor público.

Neste modelo, o setor privado se responsabilizava por procedimentos de baixa complexidade (em um sistema de faturamento aberto) e o setor público por casos de maior complexidade. Assim, além do faturamento público auferido pelo setor privado, viabiliza-se a transferência para unidades do sistema público de pacientes de maior custo (GERSCHMAN; SANTOS, 2006, p. 181). Esta universalização dos serviços de saúde, em que os antigos beneficiários dos Institutos de Aposentadorias e Pensões passam a ter que competir com uma

base maior de usuários por acesso a serviços de saúde, acaba na verdade por excluir parte da população dos serviços públicos de saúde e aumentar a demanda por seguros privados (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

O imbricamento entre setores se consolida também pela melhora do parque tecnológico privado, em grande parte com financiamento público:

*[...] o subsidiamento do sistema privado pelo público avança e, mediante sucessivas vitórias em arenas políticas em apoio à expansão de serviços e coberturas e a consolidação de anéis burocráticos, a iniciativa privada em saúde não só auferiu os benefícios da contratação para prestação direta de serviços de saúde financiados pelo setor público, como garante subsídios para reforçar seu parque tecnológico via Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social e, mais recentemente, via Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Ao optar pela provisão privada como forma de viabilizar a universalização, sem regular desde o início o escopo de atuação dessa iniciativa privada empresarial, o setor público acaba criando e consolidando bases para a oferta privada de serviços (SANTOS; GERSCHMAN, 2004, p. 798).*

O modelo que emerge nos anos 1990 é de um sistema de saúde nacional e universal, que conta com um segmento suplementar de planos privados de saúde, mas cujos serviços de assistência – principalmente de média e alta complexidade – são prestados quase que exclusivamente por hospitais privados financiados com capital público.

O compromisso do SUS passa a ser com o aumento da rede hospitalar própria. Mas as relações pautadas historicamente pelas instituições públicas e privadas na saúde constroem ou limitam uma nova institucionalidade do setor público e dos serviços de saúde nas instâncias federativas, estaduais e municipais que compõem o SUS (GERSCHMAN, 2008).

A instituição do sistema único e a caracterização da saúde privada como suplementar deslocou o centro da relação entre os setores público e privado em pelo menos duas formas: (i) crescimento dos seguros privados de saúde que, replicando a relação existente com hospitais privados no período anterior, se encarregam principalmente dos casos de baixa complexidade, deixando a utilização da alta complexidade para o setor público sem o devido ressarcimento ao SUS e (ii) o aumento da rede própria desloca a tensão da relação entre público e privado para a gestão do trabalho e serviços de saúde. Ou seja, para a maneira como as unidades federativas se comportam quando confrontadas simultaneamente com a obrigação constitucional de aumentar a rede própria – além, é claro, de fazê-lo sob a ótica da prevenção e dos Determinantes Sociais de Saúde – e com um setor privado que representa importante interesse econômico e que tem como fonte de recursos a venda de serviços para o Estado.

Assim, a implementação do SUS induziu a expansão da rede pública de serviços de saúde e, conseqüentemente, a abertura de postos de trabalho para uma gama de trabalhadores

necessários à operacionalização da atenção à saúde, principalmente nas esferas subnacionais, enquanto aumento do efetivo na esfera pública se mostrou incompatível com as premissas de controle do déficit público face às exigências macroeconômicas, que ditam os rumos das políticas de privatização, flexibilização e desregulação (PIERANTONI et al., 2008).

Essa é a questão essencial para compreender o processo de transição para a gestão privada de serviços públicos no Rio de Janeiro com a Lei 6.043, de 19 de setembro de 2011, que dispõe sobre a criação e contratação de Organizações Sociais de Saúde (OSs). O objetivo do capítulo é entender como o governo do estado foi capaz de articular essa questão de modo a atender aos interesses do setor privado em saúde ao mesmo tempo que preservou, pelo menos formalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS).

A hipótese central é que o então Governador do Estado, Sérgio Cabral, com a participação de seu Secretário de Saúde, Sérgio Côrtes, empreendeu a mudança na política por meio de sucessivos enquadramentos da questão da gestão em saúde no território, primeiramente a rearticulando como um problema de atendimento emergencial e, posteriormente, como um problema da ineficiência do setor público na gestão de recursos humanos.

O capítulo será dividido em quatro partes. Na primeira trataremos de compreender brevemente os processos macroeconômicos e macropolíticos que tornam viáveis a criação das OSs no Rio de Janeiro. Na segunda, a posição do então governador Sérgio Cabral e seu Secretário de Saúde, como empreendedores políticos dispostos a investir recursos públicos para promover uma posição em troca da antecipação de ganhos pessoais futuros na forma de benefícios materiais. Na terceira e quarta, trataremos dos sucessivos enquadramentos realizados sobre questão da gestão em saúde no território do Rio de Janeiro e das alternativas possíveis para a solução dos problemas definidos.

### **3.1 Papel do fundo público em momentos de crise do capitalismo: uma breve análise do setor saúde**

Em qualquer parte do mundo, sistemas de saúde movimentam um volume expressivo de recursos. Em alguns deles, os sistemas públicos se apresentam como hegemônicos, no sentido de que absorvem a maior parte dos recursos que a sociedade está disposta a destinar para financiar seus serviços de saúde e, conseqüentemente, são os principais responsáveis pela organização da sua destinação. Nestes sistemas os gastos referentes às despesas com saúde são

efetuados predominantemente por intermédio de fundos compartilhados pelo conjunto da sociedade, seja sob a forma de impostos, seja sob a forma de seguro social compulsório.

Embora o sistema brasileiro esteja longe da hegemonia, podemos afirmar que o setor público tem buscado aumentar sua fatia no financiamento e na provisão de serviços de saúde. De acordo com dados da OCDE, a parcela pública do financiamento da saúde subiu de 40% em 1996 para 55,2% em 2013. O aumento da participação do setor público no financiamento/provisão de serviços de saúde não apenas acirra a disputa pelo fundo excedente formado pelos gastos privados das famílias, mas também cria um setor produtivo ocioso na área da saúde.

Aliado a isso, está o baixo retorno dos investimentos produtivos que caracteriza esta fase do capitalismo (CHESNAIS, 2005). A tendência a crises periódicas de superprodução e queda da taxa de lucros como características centrais do capitalismo já era observada por Marx (1980 [1867]), e o conjunto do mundo, desde o final dos anos 1970, passe por um longo período deste tipo. A fuga do capital para a esfera financeira em busca de maior rentabilidade torna maiores os custos de manutenção dos setores privados e desloca sua parte ociosa para as porções de serviços de saúde que são financiados e oferecidos sob a forma desmercantilizada.

A subsistência do setor privado ocioso passa a depender de sua capacidade de se “colar” ao sistema bancado pelo fundo público. Em outras palavras, a sua sustentação tende a estar condicionada ao estabelecimento de algum vínculo com o próprio sistema de acesso desmercantilizado que quebre o monopólio público da provisão ou compra de serviços. Uma vez realizada esta aderência, o sistema público proporciona ao provedor privado uma remuneração mínima que permite sua sobrevivência, mesmo que formalmente sem fins lucrativos.

A caracterização das OSs que atuaram entre 2012 e 2016 no Rio de Janeiro como sem finalidade lucrativa pode ser questionada uma vez que cerca de metade delas está sob investigação de diversos órgãos (dentre eles Ministério Público e Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro) em razão de desvio de verbas, seja por superfaturamento na compra de insumos seja por subcontratação de pessoal e equipamentos. Como discutido previamente (Capítulo 1), a legislação e o contexto brasileiro oferecem poucos incentivos para a criação de instituições beneficentes dispostas a arcar com os custos (trabalhistas, tributários, previdenciários, de responsabilidade civil) envolvidos na gestão de unidades de saúde.

No Rio de Janeiro, o que parece acontecer é a criação de uma ficção jurídica, possibilitada por um diploma legal bastante inespecífico, que permite a sobrevivência e crescimento de um setor privado de forma quase parasitária ao Estado. Isso porque a legislação determina que o governo cubra 100% dos custos operacionais das unidades administradas pelo setor

privado, além dos investimentos em infraestrutura e tecnologia. Em um ambiente de investimentos de retorno incerto, o Estado assume os riscos da atividade econômica pelos setores privados mais atingidos. Os custos são, dessa forma, socializados, enquanto os ganhos continuam firmes nas mãos do setor capitalista (HARVEY, 2011).

O fundo público passa a ter uma função essencial para a manutenção da taxa de acumulação do setor privado produtivo da saúde (ANDREAZZI; BRAVO, 2014). A utilização de determinadas funções estatais como nicho salvaguardado das tendências mais abrangentes de crise só é possível em razão do papel estrutural que as políticas sociais têm no capitalismo (OFFE; LENHARDT, 1984) e que impede seu desmonte integral.

Já a posição peculiar que o setor privado ocupa no território fluminense é uma expressão concreta das disputas pela definição do modelo de atenção à saúde no Brasil. A correlação de forças que se cristalizou criou um sistema que não cede às pressões por um modelo inteiramente privado, ainda que dependente de financiamento público, mas que mesmo em seu aspecto desmercantilizado está aberto aos interesses de grupos privados.

Os interesses do capital privado não têm acesso direto ao Estado para se consolidarem como política pública. Na verdade, como escreve Poulantzas (1980), apesar de capitalista, o Estado pode ser descrito como relativamente autônomo. Para o autor, o Estado aparece com a dupla função de atomizar os indivíduos, representando-os como sujeitos sem classe, iguais perante a lei, e amalgamar a unidade dos interesses dispersos, construindo um interesse nacional no qual a ideia de classes está ausente. Neste processo, o Estado simultaneamente garante a desorganização da classe trabalhadora e a organização das classes dominantes, que se estruturam em um bloco no poder – compreendido como unidade contraditória de classes e frações de classe dominantes polarizada pela fração hegemônica. O Estado teria autonomia relativa ao bloco no poder e aos interesses dominantes, com o que se abre a possibilidade de atender interesses materiais das classes dominadas (autonomia), mas apenas sob a condição de melhor atender aos interesses políticos dominantes (relativa).

O Estado pode ser entendido como relação social, como fruto de disputas políticas anteriores que o tornam seletivamente permeável às demandas de grupos. Em outras palavras, o Estado é:

*[...] um conjunto relativamente unificado, socialmente inserido e enraizado, socialmente regularizado e estrategicamente seletivo de instituições, organizações, forças sociais e atividades organizadas em torno de (ou pelo menos envolvidas em) fazer decisões vinculantes para uma comunidade política imaginada (JESSOP, 2002, p. 40).*

Isto implica que as políticas públicas devem ser vistas como “*uma condensação de forma determinada do equilíbrio de forças políticas a operar dentro e para além do Estado*” (JESSOP, 2002, p. 40). O poder estatal não é definido unicamente por fatores internos, mas é uma relação mediada através da institucionalidade do Estado.

A compreensão dessas questões é fundamental para a apreensão do processo de formulação de políticas públicas, pois seu resultado é sempre contingente e depende de disputa política. Nesse caso, não basta ressaltar os interesses em jogo, é necessário indicar as estratégias dos diversos atores para alcançá-los. Os interesses das frações de grupo dominante só alcançam o *status* de política pública através de um processo amplo de disputa no qual se destaca o papel dos empreendedores, ou seja, daqueles que despendem recursos para transformar as posições potenciais de poder da burguesia em vantagens concretas na implementação de políticas (MARQUES, 1996). Os mediadores empreendem um processo tanto discursivo quanto de barganha política para construir um bloco homogêneo de problemas e soluções que possa ser transformado em política pública.

### 3.2 Empreendedores políticos e mudança de políticas sociais

A maneira como uma questão é percebida, interpretada e, finalmente, definida como um problema de política pública afeta seu encaminhamento, tanto no que tange aos participantes da decisão e implementação, quanto ao conjunto possível alternativas para solucionar o problema (KINGDON, 2014). A formulação de uma política envolve uma disputa discursiva pela definição de uma questão, sobre seu entendimento público, os significados compartilhados que motivam ações políticas e critérios para avaliação (STONE, 2002).

A definição de um problema implica enquadrá-lo em uma categoria, realçando determinados aspectos e esmorecendo outros (KNAGGARD, 2016). O conceito de enquadramento (*framing*) assinala que existem diversas formas de entender uma questão social. Na verdade, podemos dizer que perceber e interpretar a realidade social só é possível com a adoção de uma perspectiva, uma moldura, uma vez que o próprio trabalho de dar sentido a situações complexas requer seleção e organização de informações (SCHÖN; REIN, 1994), e isto significa enquadramento.

O enquadramento do problema determina como a questão será percebida e quais soluções parecerão relevantes. Isso acontece porque o enquadramento é baseado em “*modelos específicos de agência, causalidade e responsabilidade*” (JASANOFF; WYNNE, 1998, p. 5),

ou seja, ele nos diz sobre o que o problema trata, por que aconteceu, quem são os possíveis responsáveis e o que pode ser feito para resolvê-lo. Além disso, o tipo de enquadramento tem impacto sobre que atores serão mais aptos a atuar no processo de formulação e implementação da política, isso porque a maneira como um problema é representado afeta a percepção dos atores sobre perdas e ganhos (ZAHARIADIS, 2003).

A definição do problema é, portanto, uma atividade política na qual grupos competem por interpretações alternativas de uma questão social. Existe uma disputa simbólica pela representação social de um problema, na qual em está em jogo não apenas a caracterização da questão, mas também o que deve ser feito (SCHÖN; REIN, 1994).

Atores que ocupam a posição de empreendedores têm um papel particularmente importante neste processo, uma vez que são eles que operam para fazer com que um problema entre na agenda decisória. O empreendedor é um ator político disposto a investir seus recursos – tempo, energia, reputação, dinheiro – para promover uma posição em troca da antecipação de ganhos futuros na forma de benefícios materiais (KINGDON, 2014, p. 122).

Como os empreendedores são aqueles que capitaneiam o movimento de alteração de uma política pública, eles frequentemente determinam os termos nos quais a futura discussão será pautada. Quando o empreendedor é bem-sucedido na definição do problema, atores que busquem enquadramentos alternativos terão que arcar com o custo de modificar a própria maneira como o problema é interpretado pelos formuladores de política e pelo público em geral.

Por este motivo, o debate público costuma se ater ao conjunto de soluções alternativas possíveis para a questão, mais precisamente entre a proposta do empreendedor e sua oposição. Em questões controversas diversos grupos, principalmente acadêmicos, tentam aprofundar o debate revendo a própria concepção do problema e, dependendo do caso, são mais ou menos bem-sucedidos em fazer suas considerações entrarem no debate público.

Empreendedores não levantam problemas apenas, mas também soluções. A transformação destas em políticas públicas é a fonte, em geral, dos ganhos do empreendedor. Assim, além de recursos, os empreendedores buscam estratégias para juntar problemas e soluções em um pacote atraente, que posteriormente será vendido para os formuladores de políticas (ACKRILL et al., 2013, p. 873).

As alternativas não são criadas pelos empreendedores, seu desenvolvimento ocorre de forma independente em um processo altamente competitivo no seio de comunidades epistêmicas (ver Capítulo 2). O papel do empreendedor é desenvolver argumentos que demonstrem a razoabilidade da solução escolhida para o problema. Em regimes democráticos e com instituições estáveis, o trabalho de convencer outros participantes do processo decisório

e o público que a alternativa escolhida é a mais apta a resolver o problema se mostra tão importante quanto a barganha e a pressão política para aprovação de cursos de ação (KINGDON, 2014, p. 125). Nessa perspectiva, o papel do empreendedor é unir argumentativamente as dimensões empíricas (indicadores, dados etc) e normativas (soluções alternativas) do processo de formulação de políticas.

Empreendedores podem fazer parte do governo (no Poder Executivo, ocupando altos postos em função burocrática; no Poder Legislativo, como parlamentares ou assessores), ou fora dele (em grupos de interesse, na comunidade acadêmica, na mídia). Cada contexto institucional – e, na verdade, cada política setorial – imporá obstáculos e proverá oportunidades para diferentes atores se engajarem como empreendedores no processo de enquadramento de questões sociais (TARROW, 1994; McADAM et al., 1996).

No caso da transição do modelo de gestão dos serviços públicos no Rio de Janeiro, apesar de a política setorial em tese abrir espaço para empreendedores das mais diversas origens, o ator que mobilizou os recursos para a alteração da política foi o então governador Sérgio Cabral, com participação de seu secretário de saúde Sérgio Côrtes.

O caso do Rio de Janeiro é interessante porque a questão da gestão em saúde no Estado passa por uma sequência de reelaborações enquanto problema de saúde pública, caracterizando-o primeiro como consequência da deficiência da rede assistencial e, posteriormente, como resultado da inabilidade da administração direta na prestação de serviços e controle de recursos humanos. Sérgio Cabral e seu secretário tomaram a frente tanto na interpretação e definição dos problemas quanto na apresentação de soluções, respectivamente a criação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e a gestão privada de serviços públicos, provida por Organizações Sociais (OSs) por meio de um contrato de gestão.

O protagonismo do governador na rearticulação da questão da saúde pode ser verificado desde sua plataforma eleitoral. Os problemas de acesso e atendimento evidenciados pela crise de abastecimento e financiamento dos hospitais municipais da capital favoreceram a incorporação de propostas para melhoria da assistência à saúde nas plataformas dos candidatos ao governo estadual em 2006. Entre as propostas do então candidato Sergio Cabral (PMDB), destaca-se a abertura de postos de atenção básica com funcionamento de 24 horas, de modo a incorporar as demandas de urgências médicas e reduzir as filas dos hospitais (LIMA et al., 2015).

O enquadramento e definição da questão da saúde pública como um problema de atendimento emergencial já faz parte, por conseguinte, da própria plataforma eleitoral do candidato. A escolha do tipo de solução para a gestão é vista também como decorrente da

“*formação e longa experiência profissional*” do secretário Sérgio Côrtes na gestão e atenção às urgências (LIMA et al., 2015).

Longe de ser um caso particular de empreendedorismo político, a criação das UPAs evidencia um estilo de gestão baseado em inovações institucionais, encaminhadas sob a liderança do próprio governador, e facilmente ligadas à sua pessoa. As medidas têm foco sobre os principais problemas identificados no território: saúde, segurança e infraestrutura. O caso da política de segurança pública é particularmente similar ao da saúde, aqui também podemos ver o enquadramento de uma questão social (o problema de segurança é atribuído ao controle armado de vastos territórios por grupos criminosos armados), seguido da apresentação de uma alternativa inovadora (Unidades de Polícia Pacificadora – UPPs), em um processo capitaneado pelo governador com a supervisão de um subsecretário especializado tecnicamente no assunto (Luiz Mariano Beltrame). Além disso, podemos destacar o caráter pragmático e experimental das duas medidas, evidenciados por sua parca normatização.

Ambos os casos apresentam ainda mais uma semelhança: a discussão de alternativas de políticas públicas em arenas fechadas, com pouca participação social (COUTO, 2016). As entrevistas realizadas no âmbito da pesquisa “*Políticas de Saúde, Gestão, Intersetorialidade, Regionalização e Participação Social no Estado do Rio de Janeiro*”, revelam que, ao contrário do período 2003-2007, no qual prevalecia uma modalidade mais democrática de decisão, a gestão no governo de Cabral foi marcada por pouca participação externa no processo decisório. A opção foi por um modelo moderno, baseado em conhecimento técnico específico relacionado à administração de organizações (GERSCHMAN, 2016). As decisões de grande porte são tomadas pelo governador e secretários, e sua operacionalização é decidida em reuniões fechadas com o topo da burocracia estadual, sejam elas apenas do secretário com seu gabinete, do secretário com os subsecretários ou apenas do secretário com os subsecretários implicados na decisão. Apenas 20,5% dos entrevistados se referem à presença do Conselho Estadual de Saúde (CES-RJ) em algum tipo de decisão.

As entrevistas mostram a presença de um discurso de neutralidade política da gestão, antecipando um modelo de organização de cunho empresarial na procura de soluções operacionais de caráter empírico, em vez de princípios considerados alheios ao exercício da administração e da assistência médica, como aqueles representados pelo CES-RJ. Este tipo de construção acaba por limitar o número possível de empreendedores buscando estabelecer sua definição sobre os problemas da saúde no Estado.

A redefinição da questão de saúde em 2011 como um problema de incapacidade pública para a gestão segue essa linha. O governador Sérgio Cabral é novamente o empreendedor da

mudança; não somente ele encaminha a questão ao Legislativo (Projeto de Lei 767/2011), como o faz com pedido de urgência. O protagonismo do governador é reconhecido pelos outros participantes do processo, as falas dos parlamentares nas atas dos discursos e votações acerca da matéria mostram que tanto os deputados de situação quanto os da oposição consideram que a proposta é de interesse principalmente do Chefe do Executivo.

O Secretário de Saúde Sérgio Côrtes também é uma figura importante na apresentação da proposta frente ao Poder Legislativo, tendo inclusive se reunido com a bancada do governo na ALERJ para debater o projeto e apresentado dossiê com as principais realizações do governo na saúde – destaca-se a satisfação dos usuários – e os benefícios da gestão privada da saúde coletiva no estado. A postura ativa do secretário também é ponto comum nas falas dos deputados estaduais, variando apenas sua intensidade. Seu papel é a disseminação da visão do governo sobre a questão da saúde no Rio de Janeiro e a apresentação de argumentos técnicos que suportem a solução apresentada.

O processo argumentativo liderado pelo secretário de saúde não é, todavia, encaminhado de forma democrática nem dirigido a todos os atores sociais institucionalmente indicados como participantes do processo de decisão da política de saúde. Mais tarde neste trabalho (Capítulo 5) investigaremos a relação do Executivo com outros atores, principalmente a ALERJ e o CES-RJ. Aqui cabe ressaltar a falta de participação social na definição do problema da saúde estadual.

A carência de um debate amplo no próprio Legislativo e na sociedade é apontada por diversos parlamentares como uma das principais falhas do projeto enviado pelo governador. Seu caráter de urgência, combinado com a influência do governo no andamento do processo legislativo, acaba por alijar boa parte da sociedade da discussão incitando, inclusive, propostas de dentro da bancada governista de adiamento da votação para a realização de audiência pública, como podemos ver na fala do deputado Gilberto Palmares (PT):

*[...] positivo seria se, antes da votação, a Comissão Permanente de Saúde realizasse uma audiência pública debatendo o tema, dando aos Deputados a oportunidade de falar, externar suas dúvidas, suas objeções e os aspectos que consideram positivos, dando também a possibilidade de a sociedade civil se manifestar (PALMARES, PT, 2011).*

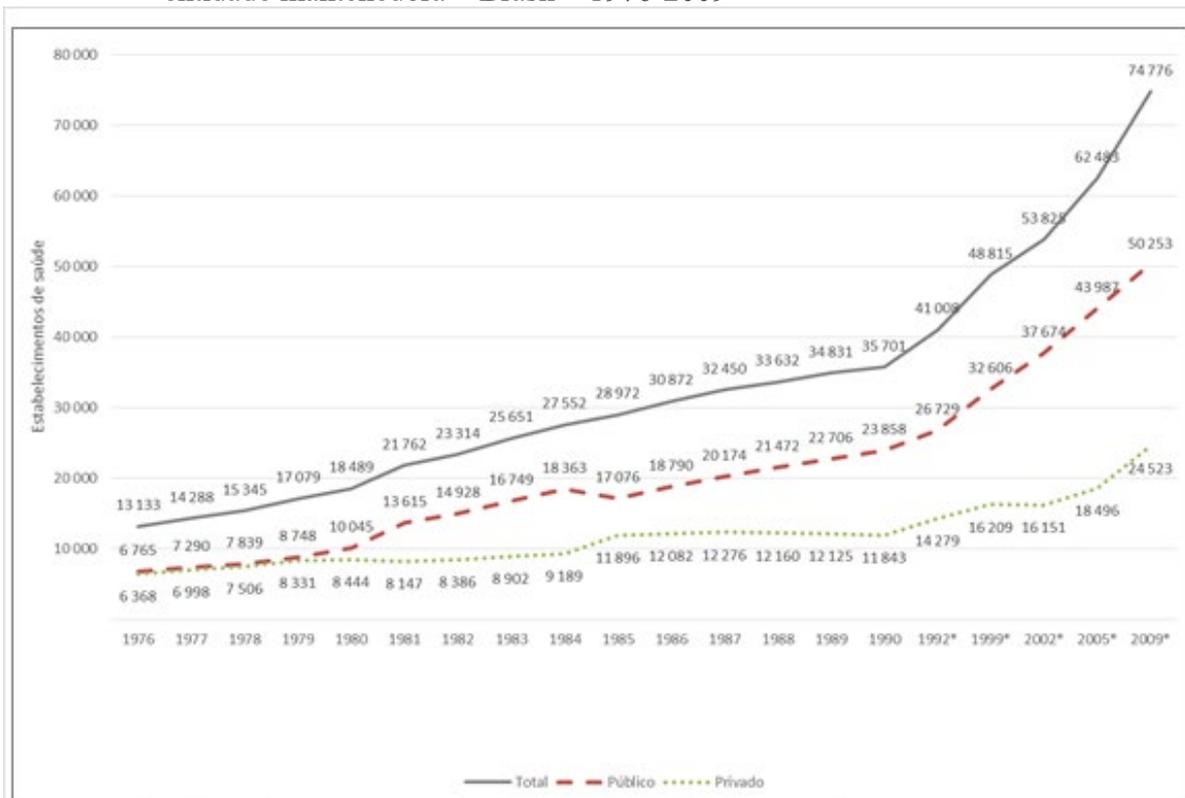
Apesar do pouco debate, o governador e secretário foram bem-sucedidos em seus sucessivos enquadramentos do problema e, apresentando-os em momentos favoráveis, foram capazes de utilizar um misto de argumentação e barganha para aprovação de suas propostas.

### 3.3 Organização em rede, serviços emergenciais e UPAs

Para compreender como o governo estadual define o problema da saúde no território fluminense e sua influência sobre as alternativas políticas e decisões na área da saúde, é importante entender o contexto da gestão em saúde e da gestão do trabalho em saúde no Brasil e no Rio de Janeiro.

O primeiro fator digno de nota é o inegável crescimento da capacidade instalada pública no Brasil. De acordo com dados do IBGE (2009), se em 1976 os setores público e privado tinham número similar de estabelecimentos de saúde – dos 13.133 estabelecimentos registrados 6.765 eram públicos e 6.368 privados – em 2009 o setor público respondia por mais que o dobro – de um total de 74.776, 50.253 eram públicos e 24.523 privados<sup>24</sup>. Esta tendência pode ser observada no Gráfico 1:

Gráfico 1 – Estabelecimentos de saúde, por tipo de atendimento e esfera administrativa da entidade mantenedora – Brasil – 1976-2009



Nota: Excluídos os estabelecimentos que realizam exclusivamente serviços de apoio à diagnose e terapia

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2009, 2009.

<sup>24</sup> Neste valor estão incluídos serviços ambulatoriais, hospitalares e de atenção básica, mas estão excluídos estabelecimentos destinados exclusivamente ao apoio à diagnose (como laboratórios responsáveis por exames complementares) e terapia (como, por exemplo, unidades destinadas apenas à fisioterapia). Quando consideramos estes estabelecimentos, os setores público e privado se aproximam. Dos 94.070 estabelecimentos de saúde registrados no país, 52.021 são públicos e 42.049 são privados.

Quando consideramos os estabelecimentos privados que prestam serviços ao SUS, temos uma expansão ainda mais notável da capacidade instalada do sistema único. Em 2009, do total de instituições privadas de saúde em funcionamento no Brasil, cerca de 21% prestavam serviços ao SUS (Tabela 1) e 79% dos leitos privados para internação estavam disponíveis para contratação do setor público (Tabela 2).

A tendência de retração do setor privado, acarretando uma redução significativa de sua participação na atenção à saúde, pode ser observada também quando consideramos o número de leitos disponíveis para internação no país (Tabela 2). O número de leitos privados caiu 10% entre 2002 e 2009, enquanto os leitos públicos aumentam 4,5% (3.926 leitos) no mesmo período<sup>25</sup>.

Assim, não há dúvidas sobre o processo de ampliação das atribuições públicas dos sistemas de saúde – expresso no incremento dos orçamentos governamentais, da capacidade instalada de estabelecimentos de prestação de serviços e coberturas. No entanto, simultaneamente, não se pode deixar de registrar o aumento de serviços privados em áreas não cobertas pela oferta pública, como ocorre com os cuidados e serviços abrigados sob o título de medicina estética, além dos itens do repertório da atenção odontológica e de determinados medicamentos de uso ambulatorial (BAHIA; SCHEFFER, 2012).

Tabela 1 – Estabelecimentos de saúde\*, por esfera administrativa. Brasil, grandes regiões, e UFs – 2002, 2005 e 2009

	<b>Unidade geográfica</b>	<b>Total</b>	<b>Pública</b>	<b>Privada</b>	<b>Privada/SUS</b>
	<b>Brasil</b>	<b>53825</b>	<b>37674</b>	<b>16151</b>	<b>4976</b>
<b>2002</b>	Sudeste	19023	11797	7226	1685
	Rio de Janeiro	3496	1706	898	55
	<b>Brasil</b>	<b>62484</b>	<b>43987</b>	<b>18496</b>	<b>4966</b>
<b>2005</b>	Sudeste	21907	13865	8042	1682
	Rio de Janeiro	3843	1907	1936	334
	<b>Brasil</b>	<b>74776</b>	<b>50253</b>	<b>24523</b>	<b>5232</b>
<b>2009</b>	Sudeste	26806	15821	10985	1851
	Rio de Janeiro	4799	2279	2520	1196

Nota: \*Exceto estabelecimentos de apoio à diagnose e terapia.

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisa, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2002, 2005 e 2009.

<sup>25</sup> Deve ser observado que o crescimento da capacidade instalada do setor público não foi suficiente para suprir as vagas suprimidas na rede privada. Em todas as Grandes Regiões, ocorreu uma diminuição no número de leitos, sendo maior no Nordeste (-1,7%) e no Centro-Oeste (-1,4%). Quanto à taxa de leitos por 1 000 habitantes, ela também sofre uma redução, caindo de 2,4 para 2,3 leitos por 1 000 habitantes. Com essa redução, que atinge todas as regiões do País, somente a Região Sul (com 2,6 por 1 000 habitantes) atinge valores deste indicador dentro do parâmetro preconizado pelo Ministério da Saúde, que fica entre 2,5 e 3 leitos por 1 000 habitantes (IBGE, 2009)

Tabela 2 – Leitos para internação em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa e ano. Brasil, Sudeste e Rio de Janeiro – 2002, 2005 e 2009.

	Unidade geográfica	Total	Esfera administrativa					
			Pública			Privada		
			Total	Federal	Estadual	Municipal	Total	SUS
<b>2002</b>	<b>Brasil</b>	<b>471171</b>	<b>146319</b>	<b>17383</b>	<b>62793</b>	<b>66143</b>	<b>324852</b>	<b>269028</b>
	Sudeste	205099	54434	6695	26657	21082	150665	117000
	Rio de Janeiro	49999	18308	4484	5506	8318	31691	22465
<b>2005</b>	<b>Brasil</b>	<b>443210</b>	<b>148966</b>	<b>17189</b>	<b>61699</b>	<b>70078</b>	<b>294244</b>	<b>241578</b>
	Sudeste	191453	53428	8178	23792	21458	138025	105963
	Rio de Janeiro	45055	17208	5514	3730	7964	27847	18967
<b>2009</b>	<b>Brasil</b>	<b>431996</b>	<b>152892</b>	<b>15479</b>	<b>61844</b>	<b>75569</b>	<b>279104</b>	<b>219540</b>
	Sudeste	189874	53581	6933	24295	22353	136293	100166
	Rio de Janeiro	42593	16649	4877	3497	8275	25944	16867

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisa, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2002, 2005 e 2009

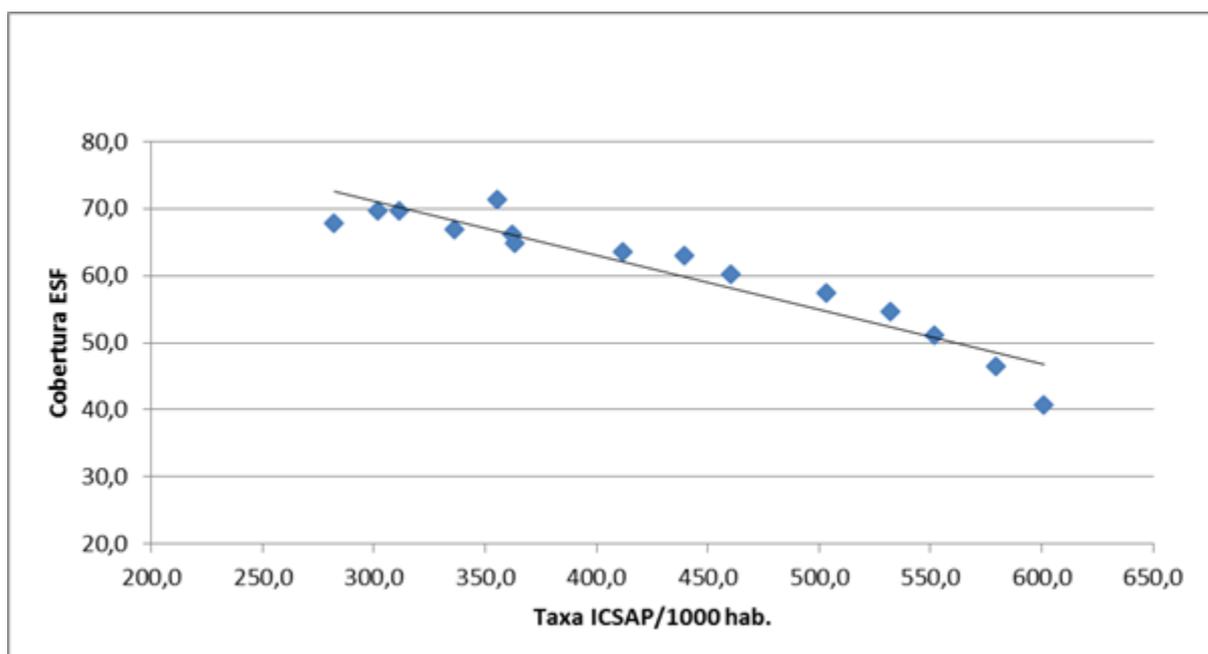
Uma característica interessante do desenvolvimento da capacidade instalada do setor público no Brasil é a diferença significativa entre o aumento total do número de estabelecimentos (33,4% entre 2002 e 2009) e do número de leitos (4,5% entre 2002 e 2009). Isto pode ser explicado pela opção por utilizar a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia para orientar a organização do sistema de saúde e atender às necessidades da população em uma perspectiva que encara a saúde como um direito social e que busca o enfrentamento dos Determinantes Sociais da Saúde<sup>26</sup> (GIOVANELLA et al., 2009).

A APS, ou atenção básica, consiste em um conjunto de ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas principalmente para a promoção da saúde e prevenção de agravos, mas que inclui também tratamento e reabilitação, com ênfase na evitabilidade da progressão de situações de saúde, sobretudo doenças crônicas. Esta estratégia assume centralidade na década de 1990 com o papel indutor do governo federal que, através de um conjunto de medidas e programas específicos – entre os quais se destacam o Piso da Atenção Básica (PAB) e Programa de Saúde da Família (PSF) – promove a descentralização da APS ao nível municipal.

<sup>26</sup> Determinantes Sociais da Saúde “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Nancy Krieger (2001) introduz um elemento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação. Tarlov (1996) propõe, finalmente, uma definição bastante sintética, ao entendê-los como as características sociais dentro das quais a vida transcorre” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Pela própria lógica do modelo, que busca evitar o adoecimento e sua progressão, grande parte dos recursos foram utilizados para a criação de estabelecimentos sem leitos para internação. O aumento da cobertura da APS foi eficiente em diminuir as taxas de internação, principalmente as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)<sup>27</sup>. Como é possível ver no Gráfico 2, existe alta correlação entre o aumento da cobertura populacional na ESF e a diminuição das taxas de internação por condições sensíveis à Atenção Primária (coeficiente de correlação de Pearson de -0,79).

Gráfico 2 – Diagrama de dispersão entre cobertura ESF e Taxa ICSAP. Brasil, 2000 a 2015



Fonte: SIH/DATASUS; CENSO e Projeções; SIAB/SATASUS, 2015.

Mesmo assim, o crescimento da capacidade instalada do SUS foi acompanhado de uma diminuição global da participação do setor privado na oferta de serviços de saúde no país. Ainda não foram esclarecidas as causas deste fenômeno. Otávio Mercadante et al. (2002, p. 267-269)

<sup>27</sup> Um indicador de medida da efetividade da atenção primária à saúde, utilizado internacionalmente, denominado *ambulatory care sensitive conditions*, foi desenvolvido por Billings et al. na década de 1990, como corolário do conceito de mortes evitáveis. Traduzindo livremente para o português como internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), representa um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações (ALFRADIQUE, M. et al., 2009).

apresentam algumas hipóteses: (a) redução do poder aquisitivo das camadas de renda média, afetadas pelas sucessivas crises econômicas dos anos 1990; (b) maior eficiência nos processos de gestão adotados no setor privado; e (c) sucesso da política de descentralização adotada pelo setor público.

A hipótese de o crescimento do setor privado ter sido afetado pelos efeitos de crises econômicas parece ter, pelo menos isoladamente, pouco potencial explicativo uma vez que a redução da deste setor se mantém durante a década de 2000, quando a renda dos setores médios estava em franco crescimento (NERI, 2008).

Já a proposição de maior eficiência de gestão é corroborada pelas as alterações ocorridas na organização e financiamento do setor saúde e na prática médica que resultaram na desativação de leitos e de estabelecimentos especializados que eram fornecidos em grande parte pelo setor privado. Dentre essas alterações pode-se citar as mudanças de critérios de internação de pacientes crônicos (como na psiquiatria, fora de possibilidade terapêutica, por exemplo), a redução das médias de permanência de pacientes com diferentes patologias, além de terapias e procedimentos que foram redirecionados para tratamento ambulatorial, dispensando internação. (MOYSÉS et al., 2006, p. 14-15). No entanto, é importante considerar que estas medidas afetam também o setor público.

Por fim, a hipótese de que o próprio crescimento do setor público e, principalmente, da mudança do modelo de atenção tenham sido responsáveis pelo decréscimo da capacidade instalada deve ser considerada com seriedade. O aumento da capacidade instalada do setor público afeta a compra de serviços privados de saúde. Podemos observar que o setor privado não apenas cresce mais lentamente que o público, mas que cai a proporção de estabelecimentos privados que prestam serviços ao SUS. Em 2002, cerca de 31% dos estabelecimentos privados do país prestada serviços ao sistema único, em 2009 esse valor cai para 21% (Tabela 1).

A queda da demanda pública por serviços não parece ser compensada nem pelo aumento do mercado de seguros privados, cujo aumento está ligado ao crescimento do mercado formal de trabalho (FENASAÚDE, 2016). De acordo com dados do IBGE, a proporção da população que tem plano privado de saúde passa de 24,5% em 1998 para 25,9% em 2008 e 27,9% em 2013<sup>28</sup>. Isto talvez se deva a características próprias do sistema de saúde brasileiro, no qual os planos e seguros privados de saúde não são alternativos ao sistema público (ou seja, existe dupla cobertura da população). Além disso, há cobertura universal para diagnósticos e tratamentos de

---

<sup>28</sup> Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) 1998 e 2002 e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013.

alto custo e alta complexidade, o que leva ao crescimento dos seguros de cobertura limitada e da utilização de diversos serviços de alta complexidade no SUS por portadores de planos (BAHIA et al., 2004) nem sempre com o devido ressarcimento ao SUS, como determinado na Lei 9656/98 (LEAL, 2014).

No Estado do Rio de Janeiro podemos acompanhar também um crescimento, ainda que não tão expressivo, da capacidade instalada do setor público. No entanto, ao contrário da tendência nacional, existe um incremento significativo no número de estabelecimentos privados, apoiado, em grande parte, na venda de serviços ao Estado. Como podemos observar na Tabela 1, quase metade da rede privada (47,5%) estava integrada ao sistema único em 2009, mais do que a média nacional e muito superior ao valor para a Região Sudeste (16,8%).

Portanto, ao contrário da trajetória nacional descendente de contratação de estabelecimentos privados para a prestação de serviços públicos, o Estado do Rio de Janeiro durante os anos 2000 aumentou a participação deste setor. Esta peculiaridade da gestão em saúde no Estado pode ser atribuída à implantação tardia da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no território fluminense.

Com efeito, a capacidade instalada do setor público parece seguir um padrão de expansão similar a cobertura de serviços de Atenção Básica. Os municípios do Estado do Rio de Janeiro, no entanto, se caracterizaram por um lento aumento da oferta deste tipo de serviços. O caso do município do Rio de Janeiro é exemplar. Em 2008, a cobertura de equipes de saúde da família correspondia a 3,5% de sua população, a mais baixa entre as capitais (SORANZ et al., 2016). A baixa cobertura dos municípios faz com que a cobertura fluminense seja muito inferior a brasileira: em 2008 apenas 28,65% da população do estado era coberta pela ESF, contra uma média nacional de 47,32%. A partir de 2009 a cobertura cresce progressivamente, com a implantação do programa no território.

A lentidão na estruturação dos serviços de Atenção Básica no território do Rio de Janeiro afeta a gestão dos serviços de saúde de pelo menos duas formas: aumento da demanda por emergências e aparecimento tardio da questão da gestão do trabalho em saúde. Por um lado, a falta de acesso à atenção primária e, principalmente, à uma fonte regular de cuidado acaba por aumentar a demanda por serviços emergenciais (DOURADO et al., 2016; COWLING et al., 2016; ACOSTA; SILVA LIMA, 2013; TANG et al., 2010; CARRET et al., 2009). A carência de longitudinalidade no atendimento desloca a atenção da rede assistencial para serviços em

parte de responsabilidade da esfera estadual que tem que lidar com um aumento imprevisto da demanda<sup>29</sup>.

No Estado do Rio de Janeiro, a situação se agrava em razão das decisões de gestão adotadas pelo governo da capital – responsável, por razões históricas por parte considerável dos serviços de urgência e emergência (MACHADO, 2001) – que culminam em 2005 com a federalização de seis unidades hospitalares sob a alegação de “*estado de calamidade pública no setor hospitalar do SUS no município do Rio de Janeiro*” (Decreto Presidencial n. 5.392/05). Assim, além da pouca cobertura dos serviços de APS, o Rio de Janeiro também tinha parte de suas unidades de emergência com funcionamento precário.

A questão da gestão dos serviços de saúde no território do Rio de Janeiro poderia, portanto, ser interpretada e apresentada ao público como um problema de baixa cobertura de serviços de APS que acabam por sobrecarregar as emergências com demanda indevida. Neste caso, as alternativas de solução passariam pela integração vertical da gestão, com o governado do Estado assumindo o papel de coordenar e impulsionar, com recursos técnicos e financeiros, a implantação dos programas de atenção básica, buscando convergência dentro de uma perspectiva da regionalização em saúde. Este tipo de enquadramento da questão e as soluções para o problema dele decorrente são mais próximas da valorização do SUS, que encontramos em períodos anteriores da gestão estadual (GERSHMAN, 2016).

O governo do Estado do Rio de Janeiro na gestão de Sérgio Cabral responde a esses desafios reinterpretando a questão da gestão em saúde no território como um problema de falta de capacidade instalada para atender demandas emergenciais. A solução é outra, passa pelo aumento de sua capacidade assistencial de emergência através das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). O programa começa a ser implantado em 2007 como uma proposta alternativa de solução para os dilemas enfrentados no Estado que não passasse pela negociação intergovernamental necessária para organização da rede assistencial. Assim:

*[...] tendo em vista a baixa governabilidade do estado no que tange à atenção primária, cuja gestão encontrava-se descentralizada para os municípios. As UPA atenderiam às expectativas do governador [de resolutividade do problema da saúde no Estado], sem necessidade do apoio das prefeituras. Também permitiriam ao estado responder de modo mais direto às dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde (LIMA et al., 2015).*

---

<sup>29</sup> Para mais consequências para a rede não implantação dos serviços de Atenção Básica em sistemas de programação longitudinal ver: MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

As entrevistas realizadas com os gestores de primeiro e segundo escalão da Secretaria Estadual de Saúde (SES) revelam essa mudança na representação do problema da gestão em saúde no Estado e, por conseguinte, no papel por ele ocupado no sistema único. É consensual entre os gestores que participaram da gestão 2003-2007 que, na gestão de Anthony Garotinho (1999-2003) o secretário de saúde, Gilson Cantarino, e os gestores de primeiro escalão haviam sido escolhidos entre as fileiras da Reforma Sanitária e tiveram liberdade para agir no exercício da gestão em saúde buscando a efetivação de um sistema de saúde integrado e regionalizado. A regionalização é uma política federal de implementação do SUS que envolve atribuir aos Estados-membros a função de definir recortes espaciais para fins de planejamento e gestão territorial (RIBEIRO, 2004).

A gestão no período de Rosinha Matheus (2003-2007) é mais errática em seu comprometimento com o SUS. Apesar de ter sido mantido o cerne da alta burocracia do governo anterior, os entrevistados referem-se à condição de ingovernabilidade da gestão estadual no período, e as entrevistas demonstram a dificuldade de compor decisões negociadas e plurais (GERSHMAN, 2016, p. 71). A gestão foi afetada por problemas de desfinanciamento, que também ocorriam nacionalmente, agravados no estado pelo desvio de verbas para programas assistenciais (ANDREAZZI; BRAVO, 2014, p. 503).

De qualquer forma, podemos apresentar geral em comum aos dois governos uma compreensão sobre o papel do governo do Estado como organizador de uma rede de atenção à saúde, consubstanciada na prioridade da regionalização como política pública. Assim, a partir de 1999,

*[...] o debate sobre a integração regional em saúde volta a ocupar lugar central na agenda da SES, e a estratégia de regionalização torna-se prioritária, passando a ser promovida mediante um conjunto de estratégias articuladas, entre as quais merecem destaque: o processo de Planejamento Estratégico Situacional; a formação e o funcionamento do Núcleo de Integração e Desenvolvimento Estratégico (NIDE); a elaboração do PDR; a PPI; e a implementação de centrais de regulação das ações de saúde (LIMA et al., 2016, p. 144).*

No governo Sérgio Cabral (2007-2012), por seu turno, a SES-RJ se unifica em torno de um discurso de excelência técnica, baseado na eficiência e em instrumentos a serem aplicados nas políticas e nos programas de saúde do governo do Estado. O carro chefe da política estadual deixa de ser a construção das redes de atenção do SUS e passa a ser baseado nas políticas e programas com origem estadual, principalmente as UPAs, vistas como solução para atender o problema de gestão em saúde no território. Nesse marco,

*[...] poucas vezes se ouve dizer, dos quadros gestores de primeira linha, que o objetivo da política estadual é a implementação do SUS, tal como definido na Constituição de 1988. O SUS é implícito, já que é uma política de Estado, mas não forma parte do discurso baseado na assistência à saúde no plano de formulação e implementação de ações de governo (GERSCHMAN, 2016, p. 72).*

Neste sentido, ao enquadrar a questão da gestão em saúde fluminense não como um problema de coordenação federativa para implementação de redes, mas de deficiência na prestação de serviços emergenciais, o governo do Estado do Rio de Janeiro reinventou a posição estadual no SUS.

Importante notar que a regionalização não desaparece da agenda estadual, principalmente em seus aspectos formais. A regionalização do SUS é uma política com altos incentivos federais para implantação, inclusive vinculação de receitas (VIANA; LIMA, 2011). O governo estadual sem dúvida avança no sentido de aceder às diretrizes federais – já em 2007 adere ao Pacto pela Saúde, assumindo uma série de atribuições e responsabilidades sanitárias relacionadas ao Pacto de Gestão e pela Vida – e construir as estruturas institucionais requeridas pela União, com destaque para os Colegiados de Gestão Regional (CGRs) (LIMA et al., 2016).

A regionalização é um tema importante para o governo do Estado. De fato, 92,3% dos entrevistados a consideraram “muito importante”. O que muda em relação aos governos anteriores é o tipo de interpretação sobre a questão da gestão em saúde. Na linha de definição do problema da saúde no território fluminense como de falta e má qualidade de serviços de urgência e emergência, o governo do Estado passa utilizar o processo de regionalização para recriar o modelo das UPAs nos municípios. Principalmente entre 2009 e 2012 o governo estadual incentivou a criação de UPAs municipais, este foi um esforço articulado em parte pelas CGRs (LIMA et al., 2015).

As UPAs são incluídas como parte da estratégia de regionalização da saúde, se combinando e reinterpretando como parte da Atenção Primária em Saúde. Assim, a integração das UPAs na rede de atenção à saúde reforçando e reproduzindo a dinâmica de fragmentação já estabelecida, resultando em integração limitada entre os pontos de atenção à saúde, fortemente dependente das relações interpessoais (GAWRYSZEWSKI et al., 2012; KONDER; O'DWYER, 2015).

A definição do problema da gestão em saúde como a falta de serviços emergenciais de qualidade afeta a própria forma como a regionalização do SUS é realizada no território fluminense. Por outro lado, somente a partir de 2011, com a criação das UPAs e o aumento da capacidade instalada da esfera estadual, o problema da gestão de serviços de saúde se desloca

– pelo menos em parte – da questão da propriedade dos equipamentos e das relações contratuais para a gestão dos trabalhadores nas unidades próprias.

A inauguração acelerada das UPAs exigiu a contratação de muitos profissionais, expressando finalmente no Rio de Janeiro desafios gerais da gestão do trabalho no SUS, como dificuldades de fixação, remuneração e desigualdade na distribuição, principalmente de médicos (MACHADO et al., 2016).

Em linhas gerais, o governo do Estado adota, pelo menos desde a década de 1990, uma política vacilante de gestão do trabalho em saúde. Pontuada por irregularidades – inobservância do salário mínimo, pagamento irregular de gratificações, contratação temporária fora dos limites legais, por exemplo – e sempre em segundo plano frente às dificuldades orçamentárias de pagamento aos prestadores privados, o trabalho em saúde oscilava entre a terceirização (via contratação irregular de cooperativas<sup>30</sup>), e a realização de concurso público sem direcionamento consistente.

A inconsistência no tratamento dos recursos humanos em saúde no Estado não pode ser atribuída apenas ao posicionamento do Poder Executivo. Devemos considerar que medidas que visam a terceirização de atividade fim do Estado vinham sofrendo grande resistência tanto por parte da ALERJ (a CPI da Terceirização da Saúde<sup>31</sup> é apenas um exemplo), do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (podemos destacar 10 Inquéritos Cíveis, um Expediente Administrativo e uma Ação Civil Pública somente sobre o tema da gestão de recursos humanos em saúde que versam sobre o período em análise<sup>32</sup>) e mesmo do Tribunal de Contas do Estado<sup>33</sup>.

A política de terceirização da atividade fim também encontrava resistência por parte de outros órgãos públicos que atuavam através de solicitação ao MPERJ. Podemos citar, por

---

<sup>30</sup> De acordo com levantamento do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPRJ) nos autos do Inquérito Civil 11.269/2008, em 1999 cerca de 12.000 trabalhadores não concursados eram utilizados como mão-de-obra na saúde estadual por meio de cooperativas. Essa situação somente teve fim com Decisão Liminar que determinou que o Estado desse provimento aos aprovados no concurso público e cessasse as contratações ilícitas. Este tipo de contratação já havia sido investigado por Comissão Parlamentar de Inquérito instituída na ALERJ, cuja conclusão apontou que tais entidades eram responsáveis pelo fornecimento de mais de quarenta mil trabalhadores para o Estado.

<sup>31</sup> Instauradas pela Resolução 19/99.

<sup>32</sup> Inquéritos Cíveis 15091/10; 11728/09; 20/12; 201000684821; 14350/10; 11269/08; 201101210401; 201000198418; 12724/09; 201000206743 e do Expediente Administrativo MPRJ 201400250187 e ACP nos autos do Processo TJRJ 0248135-42.2009.8.19.0001.

<sup>33</sup> Entre as irregularidades apontadas pelo Tribunal de Contas do Estado no processo TCE-RJ 113.859-8/2010 estavam: a inobservância do salário mínimo (fl. 2103), o não cumprimento do Plano de Carreira, Cargos e Salários previsto na Lei 1.179/87 (fl. 2104), a violação da isonomia salarial entre efetivos e terceirizados, privilegiando estes em detrimento daqueles (fl. 2214), pagamento irregular de gratificações (fl. 2115), admissão irregular de pessoal para atividade-fim, com violação da regra do concurso público (fl. 2154), terceirização de pessoal (fl. 2150), contratações por prazo determinado (2176), contratações temporárias sem demonstração de situação imprevisível e excepcional (fl. 2177) Para mais ver fls. 2086 a 2177 dos autos do processo TCE-RJ 113.859-8/2010.

exemplo, a Procuradoria Regional do Trabalho da 1ª Região, que noticiou que o Estado do Rio de Janeiro realizava contratação temporária de agentes destinados à atividade-fim da saúde pública sem que houvesse o suporte fático constitucional que a permitisse, isso em detrimento de aprovados em concurso público. O Tribunal de Contas da União encaminhou o Ofício TCU/SECEX-RJ 0182/2014 para dar conhecimento a este Ministério Público a respeito de diagnóstico elaborado acerca das deficiências na assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, sobretudo no que toca a recursos humanos. O Ministério Público Federal encaminhou denúncia relatando que servidores temporários haviam sido exonerados e substituídos por cooperativados. Também é digno de nota que diversos cidadãos também notificaram o MPERJ sobre irregularidades na condução de recursos humanos em saúde no Rio de Janeiro. Com isso o MPERJ abriu entre 2006-2011 mais de 30 procedimentos e inquéritos sobre a gestão do trabalho em saúde no Estado. (Ver petição inicial de Ação Civil Pública impetrada pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro contra o Estado do Rio de Janeiro, disponível nos autos do processo 0248135-42.2009.8.19.0001).

Frente a grande resistência à contratação de pessoal terceirizado para a realização de atividade fim, as UPAs estaduais foram implantadas inicialmente sob o modelo de administração direta, de 2007 até a entrada em vigor da Lei 6.043, de 19 de setembro de 2011. A opção inicial do governo estadual foi legar ao Corpo de Bombeiros as funções de gerência e assistência das novas unidades, o que teve relação com a unificação das Secretarias de Defesa Civil e Saúde entre 2007 e 2010.

A expectativa era de que, além do problema da contratação, fosse resolvida a questão da fixação de pessoal nas áreas periféricas ou de maior violência fosse remediado em função da disciplina e hierarquia militares, que punem faltas com prisão, além de proibirem greve e sindicalização (MACHADO et al., 2016). Desta feita, o Corpo de Bombeiros passou a ter uma atribuição que não é constitucionalmente prevista: prestar saúde pública, passando assim a integrar, portanto, o Sistema Único de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

A insurreição do Corpo de Bombeiros, em meados de 2011, acabou com este inusitado arranjo institucional. Apesar de não ter relação direta com a participação da corporação na prestação de serviços de saúde (as reivindicações eram por aumento salarial e melhores condições de trabalho), o amotinamento da classe teve como consequência abrir um vazio nas perspectivas para a prestação de serviços de saúde no Rio de Janeiro.

Novamente se impôs o problema da gestão em saúde. A maneira como este problema será definido e representado pelo governo do Estado e comunicado ao público terá influência sobre o conjunto possível de soluções aventadas.

### 3.4 Gestão do trabalho em saúde e privatização da gestão

Em 2010, quando acontece a sublevação do Corpo de Bombeiros, a questão da saúde no Estado do Rio de Janeiro já é compreendida pelo público e em termos políticos como um problema de insuficiência e inadequação de atendimento de urgência e emergência. O debate sobre modelo assistencial e organização de rede de atenção à saúde é substituído na agenda pela necessidade de fazer os recém-criados estabelecimentos emergenciais funcionarem adequadamente.

De certo esta posição é contestada por diversos setores da sociedade, principalmente no meio acadêmico em que ainda é discutido o impacto desta definição sobre as redes de atenção do SUS e sua inadequação ao conceito de saúde no Brasil. Para o público e os participantes do processo de formulação, no entanto, a questão mais imediata da falta de atendimento se torna mais importante e encaminha o debate para uma disputa conceitual sobre os motivos da falta de recursos humanos nas unidades de saúde.

A questão da gestão do trabalho em saúde é um tema independente que, a princípio, tem relação tangencial com o modelo assistencial adotado no território fluminense. Ou seja, a disputa conceitual pelo tipo adequado de política de recursos humanos em saúde acontece em paralelo a outras e pode, em determinadas situações, entremear-se a elas. As sucessivas redefinições da questão da saúde pública empreendidas pelo Governador Sérgio Cabral estreitam o escopo da discussão, finalmente reinterpretando a questão como motivada pela carência de pessoal, principalmente de médicos, no setor público.

A dificuldade de contratação, distribuição, fixação, formação e *accountability* de recursos humanos em saúde no SUS é uma preocupação do Governo Federal que, em 2003, criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS) para assumir a responsabilidade de formular políticas e programas orientadoras da gestão, formação e, qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil. A partir de 2006, após amplo debate com a sociedade e os setores profissionais interessados<sup>34</sup>, o

---

<sup>34</sup> O Ministério da Saúde criou, em 2004, a Comissão Especial para Elaboração das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS - PCCS-SUS (Portaria GM 626, de 08 de abril de 2004). A Comissão foi constituída por representantes das várias Secretarias e órgãos do Ministério da Saúde, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, do Ministério da Ciência e Tecnologia, CONASS, CONASEMS e das entidades sindicais e patronais que compõem a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), fórum de discussão e pactuação entre gestores das três esferas de governo, prestadores de serviços e trabalhadores do SUS. A proposta elaborada pela MNNP-SUS ficou em consulta pública no período de março a agosto de 2005 e, após entendimentos na MNNP-SUS, foi pactuada na CIT e debatida no CNS.

Ministério da Saúde reconhece o problema das esferas subnacionais e apresenta como principal solução que os órgãos gestores e executores de ações e serviços de saúde das esferas de governo elaborem e implantem Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os PCCS são uma forma de valorização do serviço público, pensados como forma de reverter o esvaziamento discursivo e político ao qual as carreiras e a gestão do setor saúde foram submetidas em razão da Reforma do Estado dos anos 1990. Assim, o Ministério da Saúde identifica a questão da falta de profissionais no SUS e a define como um problema causado pela desvalorização das “carreiras não estratégicas”, tal como estabelecidas pelo finado Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). A solução apresentada é a instituição dos PCCS para superar os múltiplos tipos de vínculos empregatícios, a defasagem de salários e de incentivos para qualificação/especialização, apontadas pelos trabalhadores como os principais problemas do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A ampla participação dos movimentos sociais e sindicais na elaboração desta proposta deixa clara que eles compartilham desta interpretação do problema e sua solução. Esta postura se reflete na atuação dos parlamentares da ALERJ que militam na área da saúde, como é possível perceber nos discursos proferidos nos debates que precederam a votação da Lei 6.043/11. A fala da deputada Enfermeira Rejane (PCdoB) na Sessão Plenária do dia 24 de agosto de 2011 sumariza o posicionamento dos militantes:

*Para terminar, acreditamos no serviço público de Saúde, acreditamos no SUS e somos contra as Organizações Sociais, por três questões fundamentais. Primeira, a questão da contratação dos funcionários. Essa contratação, essa entrada dos funcionários dentro do serviço público de Saúde tem que se dar através de concurso, como está escrito na Constituição Federal, garantia de um Plano de Cargos e Salários e valorização do trabalhador da área da Saúde, porque somos contra o empreguismo, o favorecimento e o cabide eleitoral que essas organizações irão manter no serviço público de saúde.*

*Somos contrários porque defendemos as normas próprias para as compras e contratações dentro das unidades de saúde. Somos terminantemente a favor da lei 8.666, que é a Lei das Licitações, e não podemos abrir mão dessa prerrogativa dentro do serviço de saúde.*

[...]

*Por fim, somos contrários às Organizações Sociais porque defendemos, fundamentalmente, o controle social no serviço público de saúde. Os conselhos de saúde e as conferências são requisitos fundamentais para mantermos o SUS na mão dos trabalhadores, o SUS na mão da população. É isso. (REJANE, PCdoB, 2011)*

A posição que prevalecia na ALERJ sobre as causas e soluções do problema de recursos humanos em saúde parece ser consistente com a atuação dos parlamentares militantes na área da saúde até 2011, quando o governador Sérgio Cabral empreende o processo de aprovação da lei de Organizações Sociais. Podemos observar isso porque já em 2002, a Assembleia aprovou a Lei 3948/2002, que dispõe sobre os PCCS na área da saúde.

Essa lei, de origem no Poder Executivo, sofreu grandes modificações no Legislativo no sentido de aumentar o vencimento dos servidores e facilitar a progressão de carreira. Por este motivo foi sucessivamente questionada pelo Executivo, primeiramente com veto parcial (derrubado pela ALERJ) e, posteriormente, com arguição de inconstitucionalidade frente ao Judiciário (Processos N° 0035410-08.2009.8.19.0000 e N° 0002831-36.2011.8.19.0000, TJ/RJ)<sup>35</sup>.

A arguição de inconstitucionalidade é o principal motivo apresentado pelo governador para não instituir o PCCS no Rio de Janeiro e foi um importante argumento em favor da busca de formas alternativas de gestão dos recursos humanos no estado. Diante da impossibilidade de apresentar novo projeto ou aplicar a lei vigente, o governo advoga a necessidade novas formas de contratar e fixar recursos humanos. Não escapa aos deputados a ironia deste tipo de argumentação, uma vez que a solução alternativa apresentada (Organizações Sociais) era objeto de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 1923-MC/DF) no STF.

O MPERJ e o TCE têm interpretação similar do problema e de suas soluções, tendo ambos iniciado ações contra os processos de contratação fora do regime único e exigindo a elaboração de PCCS. O próprio governador Sérgio Cabral apresentava posição parecida apenas alguns anos antes, ao apresentar o Projeto de Lei 1014/2007, que autoriza o Executivo a instituir as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP). Na justificativa do projeto, o governador argumentava então que *“O Projeto de Lei tem por objeto suprir deficiências na gestão dos hospitais integrantes da Administração Direta”* que estaria com a rede hospitalar *“defasada, sem equipamentos e desprovida de mão de obra qualificada”*. A razão principal seria a falta de incentivos para a fixação de recursos humanos no serviço público, principalmente médicos. De acordo com o governador:

*Mais de 60% dos médicos aprovados nos últimos concursos realizados no Estado do Rio de Janeiro já deixaram seus cargos por estarem descontentes com seus rendimentos e pela falta de perspectiva de ascenderem profissionalmente. O projeto*

<sup>35</sup> A lei seria de fato declarada já em 2011 inconstitucional por vício material (as modificações do Legislativo teriam criado despesas com pessoal sem prévia dotação orçamentária, afrontando o disposto no artigo 169, §1º, I e II, CF) e formal (as modificações seriam de tal monta que constituiriam, na realidade, uma nova lei feita pelo Legislativo em matéria de origem obrigatoriamente do Executivo) (RIO DE JANEIRO, 2011).

*de criação das Fundações Públicas de Direito Privado inspira-se em propostas já implementadas por outros Estados da Federação, tais como Sergipe e Bahia. A idéia é permitir que os profissionais da área de saúde recebam salários de mercado e sejam remunerados de acordo com sua produtividade, ou seja, aquele que se dedicar mais ao serviço público perceberá uma remuneração mais adequada (CABRAL, 2007).*

As FEDP são uma solução negociada para o problema da gestão do trabalho em saúde. Ao mesmo tempo que mantém o modelo público de gestão e prestação de serviços, permite a entrada da lógica de mercado na remuneração do servidor de saúde sem, contudo, onerar os cofres públicos (ver Capítulo 1). Representam, assim, uma solução alternativa, mas que compartilha da definição da questão: o problema é a falta de valorização do servidor público da saúde.

Os entrevistados da gestão 2003-2007 concordam com essa interpretação: 76,9% deles responderam que realmente faltam médicos no serviço público, e 50% atribuíram este problema aos baixos salários. Os entrevistados citavam como uma das consequências nefastas da falta de política de recursos humanos a dificuldade em preencher as vagas dos concursos realizados, uma vez que os concursados não estavam de acordo com a remuneração (GERSCHMAN, 2016). Essa interpretação já reduz bastante o escopo dos PCCS, mas ainda assim concentra sua atenção no estímulo à contratação de servidores pelo regime único.

Podemos dizer, portanto, que a interpretação corrente sobre o problema de recursos humanos em saúde no serviço público do Rio de Janeiro é a desvalorização do servidor, principalmente em razão de baixos salários, e sua solução passa pela elaboração de PCCS. Este debate não assume centralidade na agenda pública do estado em razão, principalmente, da baixa cobertura da rede própria estatal. Como a maior parte dos serviços era prestada por meio de contratos realizadas com o setor privado, a questão da gestão do trabalho em saúde permanecia um debate setorial dos militantes e trabalhadores no campo.

O substantivo aumento da capacidade instalada realizado pelo governador Sérgio Cabral em resposta ao que identificava como o grande problema da saúde no estado, a falta de unidades de urgência e emergência, traz a questão dos recursos humanos à tona. Ao emergir no bojo de um programa de governo, a questão ganha novos contornos e suas causas sofrem uma reinterpretção.

Cerca de 85% dos gestores do período 2007-2011 que foram entrevistados concordam que faltam médicos no SUS estadual. Entretanto, ao contrário da gestão anterior, 54% deles apontam que isso se deve à escassez de profissionais em geral. A carência na oferta de médicos, combinada com a rigidez na contratação e ineficiência na administração de recursos, tornariam o setor público um concorrente não competitivo na disputa por estes profissionais.

Assim é que, na justificativa apresentada em conjunto com o Projeto de Lei de Organizações Sociais, a anteriormente tão prezada necessidade de valorização do trabalhador dá lugar ao discurso de aumento da eficiência da prestação de serviços que só seria possível com o apoio do setor privado:

*Diante do cenário encontrado na área de saúde do Estado do Rio de Janeiro [...] identificou-se a necessidade da busca de novas modalidades de atuação administrativa para melhoria qualitativa e quantitativa dos serviços de saúde prestados à população. Visando esses objetivos é que o Governo fluminense deu início a uma série de planos e programas voltados ao incremento da eficiência e efetividade do atendimento público na área de saúde, dentre os quais se destacam as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). [...] A criação de Organizações Sociais configurou mais uma relevante estratégia de efetivação dos direitos sociais, eis que ainda baseada em alianças ajustadas entre Poder Público e sociedade, visava aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços e, assim, melhor atender o cidadão e a um menor custo (CABRAL, 2011).*

A mudança no discurso pode parecer pequena e sem maiores consequências, mas ao definir a questão como um problema de rigidez burocrática e ineficiência na administração de recursos, o conjunto de soluções possíveis abandona a valorização do serviço público e passa a orbitar em torno de modelos de gestão de serviços de saúde. Buscando inspiração no vocabulário neoliberal, o governo do Estado do Rio de Janeiro se volta para os instrumentos gerenciais criados na década de 1990 com base nas recomendações do Consenso de Washington, cujas diretrizes enfatizavam a flexibilização dos mercados nacional e internacional, das relações de trabalho, da produção e do investimento financeiro, e o afastamento do Estado das suas responsabilidades sociais e da regulação social entre capital e trabalho. Este tipo de apresentação da questão da saúde redefine os limites do público e do privado como solução para os problemas de gestão de serviços públicos.

Isso se reflete na maneira como os gestores do período avaliam a relação entre os setores público e privado no território fluminense. Na gestão 2003-2007, a maioria dos entrevistados (54,5%) consideravam o padrão de relacionamento entre os setores prejudicial para a prestação de serviços de saúde no estado, principalmente em razão da falta de estruturas capazes de limitar o avanço da lógica de mercado sobre o SUS. Na gestão 2007-2012, por outro lado, todos os gestores consideravam a relação benéfica em razão justamente de suprirem com eficiência a necessidade de prestação de serviços (53,3%), serem mais facilmente controlados e avaliados (23,3%) e terem gestão mais ágil e flexível (10 %).

Quando perguntados sobre o tipo de relação estabelecida entre os setores, gestores dos dois períodos afirmaram que as relações são cooperativas e admitem que já fazem parte do

planejamento da SES-RJ para as ações de saúde no Rio de Janeiro. No período 2007-2012, no entanto, os entrevistados consideram que elas são essenciais para o próprio desenvolvimento do SUS estadual.

Existe um conflito de narrativas muito clara na definição do problema de saúde pública do Rio de Janeiro. De um lado, não obstante a falta de debate com a sociedade, o Governador Sérgio Cabral e seu secretário Sérgio Côrtes argumentam que a gestão privada de interesses públicos é a solução para o problema de ineficiência da Administração Direta na gestão de recursos públicos, contratação e fixação de recursos humanos e eficiência na prestação de serviços de saúde.

De outro, movimentos sociais da saúde e a bancada de oposição na ALERJ vêem o projeto de Organizações Sociais como uma tentativa de apropriação política de um momento de crise para satisfação de interesses do capital privado. Chama atenção dos parlamentares o fato de o projeto ter sido apresentado dissociado de um Plano Diretor de Saúde que justifique sua inclusão na pauta (parecer da Comissão de Constituição e Justiça) e explique qual a necessidade de aprovação de um novo instrumento de gestão frente aos outros à disposição do Executivo, como as FEDP (posicionamentos do PT e do PSOL e do Deputado Luiz Paulo - PSDB).

É interessante notar que esta visão otimista do papel do setor privado na provisão de serviços de saúde e, principalmente, a fé em sua habilidade em contratar e fixar pessoal, só foi possível no Rio de Janeiro em razão do aumento expressivo da rede própria estatal. Com efeito, não caberia discutir os benefícios da gestão privada em um sistema que, apesar de precário, era baseado justamente na compra de serviços privados de saúde.

A utilização do vocabulário neoliberal no que diz respeito ao suposto ganho em eficiência proporcionado pela administração privada é possibilitada, paradoxalmente, pelo aumento do gasto público. Como é possível ver na Tabela 3, o governo cumpre a determinação constitucional (arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 com a redação da Emenda Constitucional 29/00) de aplicar no mínimo 12% de suas rendas tributárias em saúde. Isso, aliado ao crescimento econômico do Estado, fez o valor bruto proveniente de tributos duplicar entre 2006 e 2011. Além disso, o governo suplementa o gasto em saúde com recursos provenientes de outras fontes, principalmente *royalties* e participações especiais do petróleo, mantendo uma aplicação superior ao mínimo constitucional como regra.

Tabela 3 – Despesas da administração direta no Estado do Rio de Janeiro com saúde, por fonte de recursos e % do PIB. 2003-2014.

<b>Despesas em saúde por fonte de recursos (em R\$)</b>						
	<b>Tributos (absoluto/%EC/29)</b>		<b>Outras (incluindo Royalties)</b>		<b>Total</b>	<b>Em % do PIB</b>
<b>2003</b>	*	10,85	*		1.467.717.705,08	0,72
<b>2004</b>	*	11,92	*		1.750.246.954,89	0,73
<b>2005</b>	*	11,92	*		2.078.487.087,11	0,77
<b>2006</b>	1.633.906.581,97	12,07	22.684.935,43		1.656.591.517,40	0,55
<b>2007</b>	1.805.049.501,14	10,92	28.232.691,71		1.833.282.192,85	0,57
<b>2008</b>	2.205.524.755,41	12,63	109.063.597,78		2.314.588.353,19	0,61
<b>2009</b>	2.499.312.301,47	12,15	47.698.283,99		2.547.010.585,46	0,65
<b>2010</b>	2.887.973.748,37	12,09	42.645.449,74		2.930.619.198,11	0,65
<b>2011</b>	3.197.442.057,11	12,22	29.688.925,61		3.227.130.982,72	0,63
<b>2012</b>	3.424.185.246,12	12,10	96.171.255,26		3.520.356.501,38	0,61
<b>2013</b>	3.910.041.257,04	12,04	216.417.885,23		4.126.459.142,27	0,66
<b>2014</b>	4.086.378.780,13	12,06	282.169.720,81		4.368.548.500,94	0,65

Nota: \* O Estado do Rio de Janeiro não apresentou informação desagregada ao SIOPS.

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e Sistema de Contas Nacionais (SCN/IBGE), 2017.

Assim, a utilização de instrumentos neoliberais como as OSs, que redefinem o papel do Estado e sua relação com os cidadãos, não acontece em um momento de crise fiscal. Pelo contrário, acontece no auge da retomada econômica do território fluminense, liderada principalmente pela indústria de exploração e produção de petróleo e gás, e em meio a um aumento dos gastos públicos em infraestrutura (CRUZ, 2016).

A alteração do modelo de gestão em saúde não acontece, no Rio de Janeiro, no bojo de um processo de “modernização administrativa” fundada nos princípios e diretrizes do “novo gerencialismo”, e nem busca diminuir o escopo ou tamanho do Estado (como é o caso, por exemplo, dos processos de criação de Organizações Sociais em São Paulo ou na Bahia). Pelo contrário, o governo de Sérgio Cabral faz enormes investimentos em criação de capacidade instalada para, simultaneamente, distribuir sua gestão à iniciativa privada.

A criação de Organizações Sociais em um contexto de bonança fiscal e sem um programa ou plano consistente de reforma do aparelho estatal, parecem mostrar que o caráter de sua implantação no Rio de Janeiro foi menos amparado em diretrizes ideológicas do que em uma tentativa de acomodar interesses de empresas médicas que perderam espaço com o aumento do SUS.

#### 4 O PAPEL DA MÍDIA DE MASSA NA CONSTRUÇÃO DA IMAGEM DO SUS NO RIO DE JANEIRO

Esse capítulo tem como objetivo compreender o papel dos meios de comunicação de massa na formulação da agenda governamental no Rio de Janeiro. A hipótese é que a mídia foi um ator principal do fluxo de problemas, ao fazer um enquadramento da questão da saúde no estado consonante com a perspectiva do Governador e do Secretário Estadual de Saúde, permitindo aos argumentos destes um acesso mais fácil aos marcos interpretativos mais gerais construídos socialmente e que permitem às pessoas fazer sentido dos eventos e das situações sociais. Importante observar que este capítulo trata do papel da mídia apenas no que concerne à alteração do modelo de gestão em saúde no estado, por esse motivo não trataremos do, sem dúvida relevante, tema da relação entre os veículos midiáticos e outros aspectos da política fluminense (como, por exemplo, processo eleitoral) e nem tampouco do impacto da concentração dos meios de comunicação.

Como vimos no capítulo anterior, o Governador Sérgio Cabral e seu Secretário de Saúde, Sérgio Côrtes, empreenderam a mudança na política de gestão em saúde por meio de sucessivos enquadramentos da questão da saúde no território fluminense, primeiramente a rearticulando como um problema de atendimento emergencial e, posteriormente, como um problema da ineficiência do setor público na gestão de recursos humanos. Neste processo o papel dos meios de comunicação de massa foi fundamental porque *quais* assuntos são abordados e o *modo* como são caracterizados pela mídia pode influenciar o entendimento do público sobre a temática retratada (SCHEUFELE; TEWKSBURY, 2007).

A entrada do binômio problema/solução na agenda governamental está intimamente ligada ao papel da mídia de massa. Isso porque o Chefe do Executivo pode incluir questões para discussão, mas não tem controle sobre as opções apresentadas para solucionar o problema (KINGDON, 2014). A expansão da base de apoio na opinião pública para suas decisões torna-se tanto mais relevante quanto maior a controvérsia sobre o tema. Ou seja, quando a definição do problema é polêmica dentro de uma comunidade de especialistas ou de movimentos sociais, o apoio da mídia de massa é importante para angariar apoio para as proposições do Chefe do Executivo. A relevância política da imprensa, portanto, aumenta sensivelmente durante controvérsias públicas (CAMPOS et al., 2013). Temas controversos tendem a desestabilizar explicações correntes de problemas antigos, abrindo espaço para que sejam apresentados e difundidos novos pacotes interpretativos para o grande público (GAMSON, 1995).

A influência da mídia sobre a entrada de questões na agenda foi muito bem colocada por Cohen (2015 [1963]), segundo o qual a imprensa “*pode não ser bem-sucedida na maior parte do tempo em dizer para as pessoas o que pensar, mas é incrivelmente exitosa em dizer aos leitores sobre o que devem pensar*”. Assim, a mídia força atenção para alguns assuntos. Ao escolher e apresentar notícias, a imprensa tem um papel importante na construção da realidade política. O grande volume de informações com o qual o público se depara todos os dias torna impossível analisar detidamente cada uma, os receptores das notícias passam a atribuir importância aos assuntos de acordo com o tempo e a posição que eles ocupam na imprensa (McCOMBS; SHAW, 1972).

O conteúdo do que é tratado na mídia também tem um impacto importante (WILLIAMS et al., 1991, p. 252); como a principal fonte de informação sobre os temas da esfera pública continua sendo aquela apresentada pelos meios de comunicação de massa, a maneira como estes escolhem apresentar seus temas pode acabar por afetar a forma como as pessoas constroem definem o problema e pensam em soluções mais adequadas. Existe um grande número de trabalhos que demonstram a importância de diferentes veículos de comunicação na definição do debate público (DEARING; ROGERS, 1996; TUCHMAN, 1978; GITLIN, 2003; GAMSON, 1995; ENTMAN, 1994). A maior parte deles trabalha com a premissa de que a mídia exerce sua influência no debate público filtrando e realçando aspectos de determinado tema, inclusive dando voz a alguns atores sociais e silenciando outros.

Assim, podemos dizer que os meios de comunicação podem potencialmente desempenhar um papel ativo e continuado, influenciando e refletindo a construção da agenda (HOWLETT, 2000). A mídia pode influenciar a formação de políticas ao gerar a atenção do público e, através dela, a pressão política para que certos atores passem a atuar sobre uma questão particular (GIBSON, 1990). A cobertura da mídia, porém, não apenas aumenta as percepções e atenção públicas sobre várias questões, mas as constrói, definindo-as como econômicas ou políticas, sociais ou pessoais, radicais ou conservadoras. O que é relatado, como é relatado, quem relata e o caráter do meio de comunicação, tudo isso tem implicações para a mensagem da mídia ao público (COOK, 1983). A maneira como a mídia de massa trata um tópico não é capaz de determinar a opinião pública, pois a recepção será mediada pelas estruturas sociais nas quais o sujeito está inserido, mas tem um importante papel em condicioná-la, uma vez que limita os tópicos sobre os quais o público terá informação, bem como o tipo e a quantidade dessa informação (HALL, 2003).

Embora questionada sob muitos aspectos<sup>36</sup>, a análise do enquadramento apresenta uma oportunidade de sistematizar grandes volumes de dados, produzidos em diferentes períodos e/ou por diversas fontes. Ela tem a vantagem de permitir enxergar as rupturas e continuidades nas representações dos assuntos pela mídia de massa, com base em um denominador comum.

A hipótese do enquadramento aponta para uma das maneiras pelas quais a imprensa exerce o papel de ator político. Sabemos que a grande imprensa contemporânea cultiva, para fins de legitimação de sua função, o valor da imparcialidade – um desenvolvimento histórico que Bernard Manin atribui ao advento da democracia de público (MANIN, 2002). Quando tratamos de uma imprensa que, em determinado momento, opera selecionando, filtrando e realçando aspectos de uma questão, trabalhamos implicitamente com o pressuposto de que essa imparcialidade é falsa e de que tal falsidade é violada na própria maneira como a notícia é apresentada ao público. No entanto, como os meios de comunicação se comportam de maneira diferente dependendo do tema a ser veiculado ao público (vale dizer, dependendo dos interesses políticos e econômicos atrelados a cada questão), nada impede que os mesmos meios de comunicação exerçam seu papel de ator político de outras formas, dependendo do que é tratado. Em algumas situações, a mídia pode assumir, por exemplo, o papel de administradora do espaço público onde ocorrem as disputas, dando espaço para que diferentes grupos se manifestem (CAMPOS et al., 2013).

Para determinar o papel da mídia na transição do modelo de gestão em saúde no território fluminense, o presente capítulo identifica se a questão da saúde é colocada na agenda nos períodos considerados e se existe um viés na cobertura midiática sobre a mudança de modelo de gestão das unidades assistenciais de saúde no Estado do Rio de Janeiro. Posteriormente, demonstra-se como tal viés é articulado, isto é, como ele se expressa por meio dos diferentes textos publicados nos jornais de maior circulação publicados no Estado e qual seu conteúdo argumentativo. Cada uma destas partes tem uma metodologia específica, que será desenvolvida no tópico seguinte.

---

<sup>36</sup> Para mais ver FÉLIX, C.A. Limites do Enquadramento: desafios metodológicos para a análise da mídia impressa. In: LERNER, K (Org). Saúde e jornalismo: interfaces contemporâneas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

#### 4.1 Metodologia e dados

A fonte dos dados utilizados neste capítulo foi o conjunto de “*clippings*” sobre temas relacionados à saúde pública realizado pelo Programa RADIS de Comunicação e Saúde, um programa nacional e permanente de jornalismo crítico e independente em saúde pública, iniciado em 1982, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). O programa reúne um conjunto de notícias publicadas em periódicos impressos de circulação nacional e nos estados brasileiros (periódicos com circulação restrita a cidades ou organizações territoriais menores não fazem parte do acervo).

A partir do arquivo RADIS, foram selecionadas apenas reportagens – ou seja, o levantamento não inclui cartas, artigos, colunas, editoriais, entrevistas e resenhas – sobre gestão em saúde publicadas entre 2003 e 2011 nos três jornais de maior circulação no Estado do Rio de Janeiro: O Globo, Extra (também do Grupo Globo) e O Dia<sup>37</sup>. O jornal O Globo tem circulação nacional e possui como público-alvo os estratos sócio-econômicos A e B, enquanto que Extra e O Dia têm circulação estritamente local e são direcionados para os estratos C, D e E.

O tema da gestão em saúde incluiu temas relacionados ao financiamento, provisão de serviços, relações federativas e intersetoriais, além de monitoramento e avaliação da prestação de serviços públicos e privados. Não foram tratadas nesta pesquisa, portanto, aquelas notícias relacionadas ao aumento de doenças crônicas na população, epidemias, pandemias, avanços científicos relacionados à prevenção ou tratamento etc.

Utilizamos a mídia jornalística impressa como *proxy* para o comportamento dos meios de comunicação em geral. Não desconsideramos que o meio televisivo e a imprensa impressa apresentam diferentes pesos no que toca ao agendamento. Comparando a outras mídias, a TV tem muito maior impacto e abrangência na construção de imaginários sociais da população brasileira, principalmente em razão de sua disseminação (de acordo com dados do CENSO 2010, 95,1% dos lares brasileiros têm aparelho de televisão) e da queda dos índices de leitura e tiragem de mídia impressa (AZEVEDO, 2006). Contudo, em razão do monopólio familiar e da propriedade cruzada dos meios de comunicação de massa no Brasil, os dois veículos jornalísticos de maior circulação (O Globo e Extra) fazem parte do grupo proprietário da líder

---

<sup>37</sup> O Jornal do Brasil, a quarta publicação com maior distribuição no Rio de Janeiro, teve sua versão impressa descontinuada em 2010, o que impede acompanhamento da questão da gestão privada de serviços públicos por todo período exigido por essa pesquisa. Em razão dessa limitação de nossa fonte de dados, optamos por não utilizar o material recolhido neste veículo de comunicação.

em televisão aberta, Rede Globo. Por este motivo é possível utilizar as publicações nos jornais para averiguar como ocorre a filtragem e seleção dos assuntos na mídia de massa fluminense.

Posteriormente as notícias foram agrupadas de acordo com seu conteúdo em oito categorias, são elas: 1) crise: incluiu reportagens que caracterizam a situação de saúde no Estado do Rio de Janeiro como uma situação crítica ou de emergência; 2) unidades de saúde: ao contrário da categoria anterior, as notícias aqui tratam de problemas em locais específicos, como hospitais e postos de saúde; 3) Planos de Saúde; 4) Programas da SES: que trata de programas específicos levados a frente pela Secretaria que, na gestão de Rosinha Matheus, são variados (cheque-cidadão, farmácia popular, restaurante popular etc) e no governo Sérgio Cabral significa a implantação das UPAs; 5) Financiamento da saúde: discussões sobre a EC 29/00<sup>38</sup>, sua regulação e CPMF; 6) Coordenação: intersetorial e interfederativa; 7) Modelo de gestão: reúne o debate feito em torno das alternativas de gestão privada de serviços públicos no Rio de Janeiro; 8) Outros.

Importante notar que este trabalho trata apenas da gestão estadual de saúde, por este motivo notícias sobre as municipalidades só são relacionadas quando seu conteúdo faz referência explícita a sua associação com a rede estadual. Isso é importante especialmente para o ano de 2005, no qual, diante da alegação de calamidade pública no setor hospitalar municipal, o governo federal requisitou bens, serviços e servidores relativos a seis hospitais: quatro unidades federais que haviam sido municipalizadas em 1999 e dois grandes hospitais municipais de emergência. O volume de notícias na categoria “crise” para este ano foi, é claro, enorme. Contudo, como elas se referiam exclusivamente à rede da capital, não fazem parte desta compilação. O mesmo acontece com diversos municípios da Baixada Fluminense entre 2007 e 2009.

As reportagens sobre “crise” foram organizadas em subcategorias baseadas nos motivos dados pelos veículos de imprensa para a existência da situação crítica: má gestão orçamentária, falta de recursos físicos (leitos para internação, unidades de emergência etc), falta de recursos humanos, corrupção, falta de cobertura da atenção básica, relações interfederativas (repasso de verbas) e outros.

---

<sup>38</sup> A Emenda Constitucional 29/00 altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

#### 4.2 Resultados: a gestão estadual de saúde na mídia fluminense

Como é possível observar na Tabela 4, existe uma diferença marcante no número absoluto de reportagens publicadas sobre gestão em saúde nos governos de Rosinha Matheus (2003-2006) e no primeiro governo de Sérgio Cabral (2007-2010). O número de notícias permanece alto até 2007, ano a partir do qual sofre uma queda brusca. O ano com maior número de reportagens é 2007 (715) e o menor 2011 (130).

A questão dos programas desenvolvidos na área da saúde aparece apenas no início dos respectivos mandatos, com notável número de reportagens criticando o modelo de gastos adotado pela gestão de Rosinha, que utilizou recursos da saúde para financiar programas focalizados de transferência de renda e de alimentação. As reportagens sobre os programas da SES no período de Cabral se concentram nas UPAs, que são consideradas um incremento positivo à rede pública em todas as reportagens analisadas.

A mudança do modelo de gestão de serviços públicos surge como tema da agenda da mídia apenas no governo de Cabral. Sua aparição é intermitente e segue o padrão da agenda política do Executivo. Ou seja, reportagens sobre privatização de serviços públicos surgem em função dos projetos de lei enviados para a ALERJ. Assim, podemos observar que quando o tema surge em 2007 ele trata de FPD, em 2009 de uma proposta de Parceria Público Privada e em 2011 de Organizações Sociais. No entanto, enquanto em 2007 e 2009 cerca de metade das reportagens tinham caráter crítico, apresentando instituições e figuras públicas contrárias ao projeto, em 2011 o tom das notícias é absolutamente positivo e de apoio ao Governo, as opiniões e análises contrárias passam a ser apresentadas como notas em reportagens positivas e não levam a exame posterior.

Tabela 4 - Notícias sobre gestão em saúde publicadas no RJ, por categoria e ano (n° e %), 2003-2011 (continua)

		Crise	Coordenação	Unidade de saúde	Programas da SES	Financiamento	Modelo de gestão	Outros
<b>2003</b>	<b>n</b>	240	60	50	130	70	0	20
	<b>%</b>	42,1	10,5	8,8	22,8	12,3	0	2,5
<b>2004</b>	<b>n</b>	210	140	0	60	10	0	40
	<b>%</b>	45,7	30,4	0	13	2,2	0	8,7
<b>2005</b>	<b>n</b>	200	40	0	10	10	0	10
	<b>%</b>	74,1	14,8	0	3,7	3,7	0	3,7
<b>2006</b>	<b>n</b>	310	30	170	0	10	10	50
	<b>%</b>	53,4	5,2	29,3	0	1,7	1,7	8,6

Tabela 4 - Notícias sobre gestão em saúde publicadas no RJ, por categoria e ano (n° e %), 2003-2011 (conclusão)

<b>2007</b>	<b>n</b>	290	110	130	40	0	80	65
	<b>%</b>	40,6	15,4	18,2	5,6	0	11,2	9,1
<b>2008</b>	<b>n</b>	80	5	50	10	20	0	15
	<b>%</b>	44,4	2,8	27,8	5,6	11,1	0	8,3
<b>2009</b>	<b>n</b>	120	30	5	0	5	40	40
	<b>%</b>	50	12,5	2,1	0	2,1	16,7	16,7
<b>2010</b>	<b>n</b>	100	10	10	20	0	0	20
	<b>%</b>	62,5	6,3	6,3	12,5	0	0	12,5
<b>2011</b>	<b>n</b>	30	0	20	10	10	50	10
	<b>%</b>	23,1	0	15,4	7,7	7,7	38,5	7,7

Fonte: A autora, 2017.

As reportagens da categoria “crise” são quase metade do total de notícias em todos os anos, com exceção de 2011, no qual vemos a categoria “modelo de gestão” emergir como a mais presente. 2005 é a ano com maior percentual de notícias sobre “crise” na gestão pública de saúde (74,1%), mas em termos absolutos o ano com maior presença desta categoria é 2006, com um total de 310 reportagens. De modo geral, podemos dizer que o tema da crise está menos presente durante todo o período de governo de Cabral (são 620 reportagens contra 960 no governo de Rosinha), e que isso se reflete no número total de reportagens sobre a gestão em saúde no Rio de Janeiro.

As razões para o estado crítico ou emergencial da gestão em saúde variam no correr dos anos. Em 2003 a mídia apresenta como causa da crise a má-gestão orçamentária, ou seja, o uso inadequado de recursos próprios e repassados pelo Governo Federal. Em 2004, 2006 e 2007 a falta de recursos físicos, ou seja, de leitos emergenciais e de média e alta complexidade é associada com o estado crítico. Em 2005 a mídia divide as razões entre falta de recursos físicos e de recursos humanos, principalmente médicos. 2008 tem uma queda surpreendente das reportagens sobre crise em saúde, as razões são novamente falta de recursos físicos e humanos. Em 2009 a questão dos recursos humanos surge com força, mas perde espaço interpretativo em 2010. 2011 é o ano com menos notícias sobre crise em saúde, tendo o foco revertido para a implantação das Organizações Sociais (Tabela 5).

Tabela 5 - Notícias da categoria crise, por subtema e ano (2003-2011)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Má gestão</b>	100	40	0	70	50	10	0	0	0
<b>Recursos humanos</b>	0	10	70	80	30	30	80	40	10
<b>Recursos físicos</b>	70	130	80	130	130	20	10	40	0
<b>Corrupção</b>	0	10	0	10	80	0	0	10	10
<b>Cobertura AB</b>	30	10	10	0	0	20	30	10	10
<b>Relações interfederativas</b>	30	0	40	10	0	0	0	0	0
<b>Outros</b>	10	10	0	10	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	240	210	200	310	290	80	120	100	30

Fonte: A autora, 2017.

Dois pontos extras merecem atenção. O primeiro é a pouca utilização de explicações ligadas à corrupção para explicar a suposta crise da gestão em saúde. Na verdade, a corrupção só aparece como fator importante em 2007, justamente em razão da mudança de governo e de acusações sobre o estado das contas públicas deixado para a nova gestão. Isso é interessante por causa da proporção que este tipo de interpretação passa a ter a partir de 2016, com acusações de desvio de verbas e superfaturamento direcionadas ao então secretário de saúde Sérgio Côrtes no período estudado.

O segundo ponto relevante é o pouco volume de notícias dentro da categoria “crise” que consideram como razão principal a baixa cobertura da atenção básica nos municípios fluminenses. Apesar de estar presente em quase todos os anos, ela representa um número muito pequeno quando comparado com outras causas. Isso é de estranhar, uma vez que essa é a interpretação mais comum entre os especialistas da área. Isso parece apontar para uma dificuldade de acesso da comunidade especializada aos meios de comunicação de massa.

#### 4.3 Construção de uma imagem de crise e mudança do modelo de gestão

A agenda da mídia é formada por um processo de filtragem dos assuntos que serão levados ao público. Considerando que o espaço limitado e que a atenção do público não pode se dividir por um número indefinido de questões, aquelas matérias enfatizadas pelos meios de comunicação acabam tornando-se igualmente importante para o público (McCOMBS, 2009, p. 111). Apesar de não ser possível através de nosso levantamento de dados comparar a atenção

da mídia fluminense sobre o tema da gestão em saúde com outros assuntos, alguns estudos apontam para sua importância na agenda da mídia brasileira (CIRINO; TUZZO, 2015; OLIVEIRA, 2012; MENEGON, 2008).

Além de filtrar os assuntos, os meios de comunicação tentam conferir sentidos ao que é publicado através de um processo de interpretação dos acontecimentos, salientando determinados aspectos, tornando-os visíveis para o público. A informação que chega ao público, como não poderia deixar de ser, nunca é um relato completo e impessoal de acontecimentos, mas uma visão altamente seletiva e estereotipada de questões sociais. Assim, *“os veículos de comunicação são mais do que simples canais de transmissão dos principais eventos do dia. Eles constroem e apresentam ao público um pseudo-ambiente, que significativamente condiciona como o público vê o mundo”* (McCOMBS, 2009, p. 47). Isso é verdade mesmo para tópicos que são experimentados diretamente pela audiência como, por exemplo, a saúde pública (ZALLER, 1992).

Partindo de categorias amplas, que atravessam temas específicos, os enquadramentos localizam os repertórios comuns acionados na enunciação de uma mensagem, que permitem à audiência compreendê-la e dar-lhe significado. Localizar o enquadramento dentro de uma notícia, portanto, significa identificar o conjunto de convenções criados pela mídia e acionados no momento da representação (FÉLIX, 2014).

A maneira como o público percebe a atuação e a performance do Sistema Único de Saúde é mediada pelos veículos de comunicação. Os resultados mostram que as reportagens tratam a gestão da saúde pública no Rio de Janeiro enfatizando os aspectos críticos do sistema, fazendo uso constante de imagens de “caos” e “emergência” quando tratam de aspectos de prestação de serviços. Vista como uma “moldura” ou um “quadro”, a crise é construída como um fator estruturante do sistema público de saúde no Rio de Janeiro.

Esses resultados são similares aqueles encontrados por Oliveira (2000) em estudo sobre a relação das redes de comunicação midiática e a constituição simbólica das políticas públicas de saúde. As reportagens publicadas sobre o SUS são frequentemente associadas às mazelas e dificuldade do setor, a partir de um pressuposto de ineficiência do Estado, incompetência das autoridades ou profissionais da área, levando a uma forma de apreensão sobre o tema pouco reflexiva. Essas notícias procuram revelar mais os desvios do SUS do que as mudanças substantivas que ele pode provocar no cenário social. Dessa forma, a visibilidade pública obtida pelo SUS torna-o politicamente frágil, comprometendo sua gestão e implementação.

Resultado semelhante foi encontrado por Menezes (2015) ao estudar a representação do SUS na mídia impressa em Goiânia. O SUS é apresentado como “falido”, “mal

administrado” e “confuso”. Da mesma forma Machado (2014), em pesquisa sobre a construção da imagem do SUS no jornal O Globo entre 2010 e 2011, chega à conclusão que existe uma tendência na cobertura midiática a desconstruir os avanços do SUS, evitando diálogos amplos com vários setores da sociedade. De acordo com a autora, os jornais tendem a utilizar acontecimentos negativos em qualquer ponto da cadeia de atendimento como uma característica comum do sistema de saúde, ao mesmo tempo em que omitem a referência ao sistema (e mesmo à sigla SUS) em matérias positivas.

Os relatos jornalísticos selecionam, ampliam e hierarquizam os acontecimentos para criar a imagem de um sistema de saúde em constante crise, realçando aspectos e episódios singulares (frequentemente ocorridos em uma região ou mesmo em um hospital). Isso revela também a pouca atenção dada aos princípios organizativos e as prioridades da política de saúde brasileira. Para a mídia, o *locus* da saúde pública é o hospital e a emergência a principal porta de entrada e preocupação do sistema, aspectos preventivos e de promoção da saúde são preteridos frente à uma interpretação oriunda do paradigma saúde-doença. Menegon (2008, p. 35) ao estudar a crise dos serviços de saúde no cotidiano da mídia impressa em Mato Grosso do Sul, chega a conclusão similar e afirma que “*as notícias analisadas redescrevem a hegemonia do modelo hospitalocêntrico, reservando lugar periférico aos serviços de saúde que privilegiam a prevenção de doenças e a promoção da saúde (Unidades Básicas de Saúde, Programas de Saúde da Família, Centros de Referência)*”.

Isso pode ser explicado pela falta de acesso dos especialistas em saúde pública aos meios de comunicação de massa. O baixo volume de notícias da categoria “crise” que consideram a razão principal a baixa cobertura da atenção básica nos municípios fluminenses é relacionada a constituição do universo midiático que é baseado em campo de forças no qual diferentes atores sociais buscam fazer prevalecer determinados sentidos através de suas práticas discursivas, tornando-o um *locus* de tensão permanente. É como se fosse uma arena social em que coexistem tentativas diversas de construção, afirmação ou negação de significados (OLIVEIRA, 2000).

Nesse sentido, as interpretações e os discursos dos especialistas da área disputam com a mídia a hegemonia de sentido da “crise” na saúde pública do Rio de Janeiro. Além disso, nesse quadro de atores em disputa, o acesso às informações geradas por esse aparato técnico-informacional se dá de forma desigual, uma vez que o próprio sistema midiático reproduz as formas assimétricas das relações sociais, principalmente a econômica. A mídia, hoje, está organizada em rede e grupos que concentram grandes empresas que monopolizam os principais jornais do estado do rio ficando responsáveis pelo foco da primazia da solução da “crise”

baseada na suposição que o que é privado é melhor, atendendo assim, a grupos de interesse, que em contraposição ao discurso dos especialistas que é desconsiderado.

As mudanças encontradas nos resultados para as explicações mais importantes para a crise ao longo dos anos estão relacionadas com outros fatores. Como já vimos no capítulo anterior, o Governador Sérgio Cabral e seu secretário de saúde, Sérgio Côrtes, empreenderam a mudança na política de gestão em saúde por meio de sucessivos enquadramentos da questão da gestão em saúde no território, primeiramente a rearticulando como um problema de atendimento emergencial e, posteriormente, como um problema da ineficiência do setor público na gestão de recursos humanos.

A mídia foi um ator principal desse processo, ao fazer um enquadramento da questão da saúde no estado consonante com a perspectiva do Governador e do Secretário Estadual de Saúde. As explicações cambiantes sobre os motivos da crise parecem seguir as interpretações dadas pelo governador. Entre 2006 e 2007, momento no qual estavam se discutindo e começando a implantação das UPAs, e no qual a questão da saúde foi reinterpretada pelo Governador e Secretário como um problema de falta de unidades emergenciais, as razões da crise aparecem nos jornais de maior circulação do estado como ligadas eminentemente à falta de recursos físicos, ou seja, de leitos e emergências.

Neste período acentua-se a prática discursiva de extrapolar a situação de dificuldades operativas em algumas unidades de saúde, especialmente os hospitais gerais sob gestão estadual, como um problema crítico do sistema de saúde fluminense. Podemos ver que no mesmo período aumentam as reportagens sobre problemas em unidades de saúde particulares. Por outro lado, justamente neste período somem da cobertura as interpretações alternativas sobre a crise, notadamente aquelas ligadas à baixa cobertura da atenção básica no território fluminense.

Seguindo essa lógica, seria de se esperar um aumento significativo das notícias relacionando a situação crítica à falta de recursos humanos em 2011. Todavia, apesar de aumentar em 2009, à primeira vista os veículos de comunicação não parecem engajados com essa explicação. Na verdade, a questão dos recursos humanos em saúde aparece neste período ligada ao amotinamento do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, e por isso não entra no *clipping* de notícias realizado pela RADIS.

A questão da falta de recursos humanos em saúde é tratada como uma das consequências do amotinamento e não como um problema em si mesma. A falta de médicos não entra na categoria “crise” do sistema de saúde, ela aparece alternativamente como função de um problema com os bombeiros e como explicação para a solução apresentada pelo governador, as

Organizações Sociais de Saúde. Como vimos nos resultados, as OSs são sempre tratadas sob uma ótica positiva, apresentando a gestão privada como solução para diversas questões do sistema de saúde.

## 5 ARENAS DE NEGOCIAÇÃO E ATORES DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE

Este capítulo tem como objetivo compreender o processo de negociação nas principais arenas da política estadual de saúde: a burocracia da Secretaria Estadual de Saúde; o Conselho Estadual de Saúde e a Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Cada área setorial de políticas públicas tem que passar por instâncias diferentes para sua aprovação (BATLEY, 2003), na saúde estadual essas arenas funcionam potencialmente como pontos de veto institucionalizados, ou seja, atores coletivos cuja concordância é necessária para que se tome uma decisão política (TSEBELIS, 1997).

Como são atores coletivos, os participantes, relações de poder e coesão interna (a similaridade das posições políticas das unidades que as constituem) de cada um desses locais de negociação afeta a maneira como o Governador se comportará nesses espaços e, portanto, os resultados da barganha política. Tendo isso em consideração, o capítulo analisa a configuração interna das arenas para entender em que situações elas se tornam pontos de veto ou de apoio aos projetos do Governador Sérgio Cabral e, especificamente, ao projeto de Organizações Sociais de Saúde.

O capítulo será dividido em três partes. Na primeira trataremos da burocracia da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, em que condições ela pode atuar de forma independente do Governador na implementação de políticas redistributivas. Na segunda, do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. E, por último, da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro.

### 5.1 Autonomia do Estado, capacidade burocrática e políticas redistributivas no Rio de Janeiro

#### 5.1.1 Papel da burocracia na formulação e implementação de políticas redistributivas

Políticas redistributivas, como as adotadas em Estados de bem-estar social, têm dupla função em regimes capitalistas. Em primeiro lugar, servem como controle macroeconômico, funcionando como um mecanismo de reação contra cíclica às flutuações da demanda. Estudos realizados em países do centro do capitalismo mostram que o *Welfare State* se desenvolveu em

parte como meio de garantir um grau razoável de coordenação entre as diversas instituições encarregadas de produzir bens e serviços (PRZEWORSKI; WALLERSTEIN, 1988; ESPING-ANDERSEN, 1990; VACCA, 1991; LIPIETZ, 1992). As políticas redistributivas, por um lado, aumentam a capacidade de consumo da classe trabalhadora (expandindo a demanda agregada) e, por outro, socializam os custos referentes ao risco do emprego industrial e reprodução da força de trabalho (liberando capital privado para investimento e garantindo uma reserva de mão de obra).

Em segundo lugar, o *Welfare State* serve como mecanismo de regulação política da sociedade. O processo de barganha entre as classes é desenrolado no interior do Estado, que funciona ao mesmo tempo como arena e ator capaz de resolver os conflitos de forma relativamente independente e de acordo com sua própria lógica de manutenção, preservada, é claro, a necessidade de acumulação do capital (OFFE; LENHARDT, 1984). Ao servir como meio efetivo de redistribuição de renda, o Estado concentra os esforços políticos da classe trabalhadora, limitando institucionalmente a capacidade de organização extra-estatal desse grupo (VACCA, 1991).

O controle é exercido também sobre os capitalistas. Essa classe aceita a regulação de um Estado parcialmente independente sobre suas atividades em troca da proletarização pacífica de uma parcela significativa da sociedade (OFFE; LENHARDT, 1984). Assim, o Estado internaliza a barganha política ao administrar o que se convencionou chamar “compromisso de classe” ou “compromisso keynesiano”, no qual a propriedade privada dos meios de produção é legitimada mediante instituições políticas que permitam aos trabalhadores acesso a ganhos sociais tangíveis, como, por exemplo a administração de parte da economia (ESPING-ANDERSEN, 1990), a mediação de relações privadas por instituições políticas democráticas com objetivos macroeconômicos (PRZEWORSKI; WALLERSTEIN, 1988) e a redistribuição de renda e políticas de garantia de níveis mínimos de emprego (LIPIETZ, 1992).

Dada a necessidade estrutural de algum tipo de política social para a manutenção do Estado capitalista, o alcance da redistribuição é frequentemente relacionado à aspectos da cultura política e à organização da máquina do Estado em diferentes países. Esses aspectos afetariam a correlação de força entre as classes na medida em que permitem maior ou menor acesso aos trabalhadores às arenas de negociação do Estado. De fato, se considerarmos, acompanhando Poulantzas (1980) o Estado como uma relação social, vemos que encarado como uma coisa (ou melhor, como um conjunto institucional) ou como um sujeito (como o repertório de capacidade e recursos políticos específicos) o Estado está longe de ser um instrumento passivo ou um ator neutro. O exercício e a efetividade do poder do Estado são

produtos contingentes de um balanceamento cambiante de forças políticas localizadas dentro e para além do Estado, balanceamento esse que é condicionado pelas estruturas institucionais e procedimentos específicos do aparato estatal tal qual enraizado no sistema político mais amplo e nas relações sociais circundantes (JESSOP, 2006).

Nesse cenário faz sentido examinar como um dado aparato estatal pode privilegiar atores, identidades, estratégias, horizontes espaciais e temporais e algumas ações ao invés de outras. É nesse caminho que Esping-Andersen (1990), por exemplo, ressalta a influência de valores culturais das sociedades na configuração das políticas sociais a partir da adesão a ideias liberais ou social-democratas. Rueschenmeyer e Evans (1985), Weir e Skocpol (1985) e King (1988), por outro lado, enfatizam o papel da burocracia nessa configuração.

Em uma análise comparativa entre os casos da Inglaterra, Suécia e Estados Unidos, Weir e Skocpol (1985) concluem que a emergência do *Welfare State* nesses países teria dependido fundamentalmente do apoio da burocracia a suas políticas. A pesquisa das autoras aponta que as coalizões de grupos interessados em políticas sociais foram desenvolvidas e ganharam força por meio de estruturas estatais. Até mesmo partidos políticos, inclusive aqueles criados como agentes programáticos dos interesses da classe trabalhadora, teriam definido seus objetivos a partir do tipo de instituições estatais nas quais estavam inseridos. As diferenças de capacidade organizacional do Estado e acesso dos trabalhadores a centros administrativos estratégicos seriam componentes-chave para explicar as diferenças entre as políticas redistributivas adotadas nos países estudados.

Essa ênfase na burocracia parece afirmar uma certa autonomia estatal em relação não apenas à classe capitalista, mas também à política partidária, o que permite supor uma certa autonomia do *Welfare State* em relação ao próprio governo por intermédio da burocracia. Essa é uma tese desenvolvida por Desmond King (1988), para quem a expansão das políticas redistributivas nas economias industrializadas após a década de 1940 reflete a emergência política dos trabalhadores organizados e o peso da burocracia como agente de governo: a prosperidade das sociedades industriais teria criado o contexto e a base material para a provisão estatal de bem-estar; direitos civis e políticos passariam a fazer parte da agenda política como resultado da secularização e penetração de valores liberais na sociedade; e a organização dos sindicatos teria feito dos trabalhadores uma força política relevante para a obtenção de conquistas sociais. A tese de King é de que a fusão entre Estado e economia remodelou fundamentalmente as sociedades, tornando as políticas sociais profundamente interligadas à estrutura social e política das democracias industriais avançadas. Devido à legitimidade pública e à posição institucional do Estado de bem-estar, sua forma e tamanho seriam menos suscetíveis

a flutuações econômicas e políticas do que outras áreas. Em outras palavras, uma vez estabelecido, o *Welfare State* adquiriria uma certa autonomia em relação à economia e ao governo. Alguns elementos que contribuiriam para essa autonomia são mencionados por King. O primeiro seria a acomodação da cultura política à provisão pública de bem-estar e serviços sociais. A introdução e consolidação das políticas sociais teria como efeito a captação de apoio além das organizações de trabalhadores, criando uma base sólida a partir do momento que são consideradas parte da própria identidade política nacional.

Em segundo lugar estão os interesses estatais e as estruturas administrativas. As políticas sociais, em parte, refletiriam a lógica interna de funcionamento do Estado:

*É evidente que os funcionários do Estado têm sido fundamentais na estruturação política do estado de bem-estar e não simplesmente como instrumento de poderosos interesses sociais e econômicos. [...] As atividades e políticas dos servidores públicos são de fundamental importância para qualquer compreensão do Estado contemporâneo. São os funcionários públicos que têm que responder às pressões ambientais — sejam elas derivadas de conflito de classe, complexidades sociais crescentes ou insatisfação com processos de mercado — e formular a política pública de acordo com as circunstâncias [...] (KING, 1988, p. 66).*

De modo semelhante, Dietrich Rueschenmeyer e Peter Evans (1985) entendem que existe uma relação próxima entre características organizacionais do Estado e políticas de redistribuição da riqueza. A intervenção estatal é, por conseguinte, necessária para a redistribuição de riqueza em regimes capitalistas. De acordo com os autores, mesmo se desconsiderarmos as teorias de origem marxista de interdependência entre capital e Estado, a economia clássica nos fornece elementos suficientes para acreditar que o Estado tem função essencial tanto para garantir a acumulação (seja para permitir a superação de elites pré-capitalistas, diminuir custos de transação ou organizar mercados operando em condições imperfeitas), quanto para possibilitar políticas redistributivas. Dessa forma:

*Dada a suposição empírica inescapável de que os mercados são instituídos sob condições preexistentes de desigualdade, não existe razão para esperar que a desigualdade diminua, ainda mais se os mercados envolvidos forem ‘imperfeitos’. Na verdade, existem boas razões, tanto empíricas quanto teóricas, para esperarmos uma piora na ausência de mecanismos e critérios de alocação para canalizar e contrariar as forças do mercado. Na medida que aceitamos a predição marxista de proletarianização e depauperamento, as consequências distributivas projetáveis de um mercado sem restrições são tanto mais negativas (RUESCHEMEYER; EVANS, 1985, p. 46).*

Considerando, porém, que o Estado é apenas relativamente independente da classe capitalista, é necessário especificar sob que condições uma intervenção efetiva é possível.

Segundo Rueschenmeyer e Evans, duas ordens de fatores interferem nessa habilidade: variações nas relações entre o Estado e a classe dominante (autonomia) e variações no próprio aparelho estatal (capacidade burocrática).

Partindo da abordagem clássica de Max Weber, os autores investigam a influência da organização burocrática sobre a capacidade de intervenção do Estado. O aparato burocrático é, nessa perspectiva, tanto mais efetivo quanto coerente. Ou seja, sua efetividade depende do desenvolvimento de uma racionalidade coletiva (com objetivos, pressuposições e expectativas compartilhadas) forte o suficiente para se sobrepor a racionalidade instrumental individual. Esse aspecto, que permite a autonomia do corpo burocrático, é ainda mais crítico quando tratamos de políticas redistributivas. A formulação e implementação de políticas desse tipo depende não apenas de uma relativa autonomia das agências governamentais em relação à classe dominante, mas também da capacidade da burocracia de sustentar políticas que vão de encontro às lógicas tanto do mercado quanto de normas sociais. Nas palavras de Rueschenmeyer e Evans:

*O Estado oferece, no contexto de uma economia capitalista, uma contribuição que é simultaneamente única e necessária – única porque transcende a lógica dos mercados competitivos e necessária porque a economia capitalista precisa, tanto para seu desenvolvimento quanto para sua manutenção em face de mudanças conjunturais, de um suprimento de ‘bens coletivos’ que não podem ser provisionados pelos atores competitivos da economia. Algum nível de coerência [da burocracia] estatal é necessária igualmente para a concepção de objetivos apropriados para as políticas e para sua implementação. Sem um grau mínimo de autonomia a contribuição do Estado iria perder seu caráter único e falharia em servir às necessidades sistêmicas da economia capitalista (RUESCHEMEYER; EVANS, 1985, p. 61).*

Devemos destacar alguns pontos importantes sobre a autonomia estatal. Em primeiro lugar, autonomia não implica conhecimento ou capacidade superior de intervenção; ela pode ser malsucedida ou mesmo desastrosa em razão de pressuposições equivocadas, informação insuficiente ou incompetência organizacional. Em segundo lugar, a autonomia é sempre relativa e seu grau vai depender do balanceamento de diversas condições sócio estruturais. Quais seriam essas condições é motivo de disputa, de acordo com Rueschenmeyer e Evans, as condições mais favoráveis para uma autonomia relativamente maior do Estado *vis-à-vis* a classe dominante são a divisão da classe capitalista e a pressão da classe trabalhadora. Ou seja, situações em que o pacto de dominação entre as elites tem clivagens sérias e nas quais ameaças das classes

subordinadas fazem com que a reprodução e manutenção do Estado dependa da expansão de políticas redistributivas<sup>39</sup>.

A menos que o Estado tenha o grau mínimo de autonomia necessário para extrair o excedente de ganho da classe capitalista, até mesmo sua manutenção deve ser baseada na extração regressiva das classes subordinadas. Acima desse limite mínimo, a oposição da classe dominante a políticas obviamente redistributivas tende a ser mais consistente e intensa do que aquela destinada a aumentar o papel do Estado no processo de acumulação.

A intervenção bem-sucedida do Estado não é uma questão apenas de autonomia da classe dominante, mas também de capacidade burocrática necessária para se engajar em atividades que vão de encontro tanto à lógica do mercado quanto de instituições fundamentais da sociedade. A reestruturação direta de padrões de distribuição de riqueza requer uma intrusão conscienciosa em processos econômicos e sociais. Tal intrusão seria extremamente difícil de implementar, mesmo que a autonomia pudesse ser garantida.

Assim, quanto mais uma política pretende ser independente dos processos do mercado, maior a necessidade de processamento eficiente de informações e, portanto, de formação e condições adequadas de trabalho para a burocracia estatal. Contudo, as agências com fins redistributivos costumam contar com menos investimentos para formação de pessoal e equipamento especializado, tornando-as mais vulneráveis a cooptação.

### 5.1.2. O caso dos países de industrialização tardia

A formulação e implementação de políticas redistributivas está ligada, em grande medida, à capacidade técnica da burocracia e ao grau de autonomia do Estado frente à classe capitalista. Tanto em países centrais quanto periféricos as políticas estatais afetam a forma e o ritmo de acumulação e têm papel essencial em determinar em que medida os efeitos distributivos negativos que normalmente acompanham a industrialização serão mitigados ou majorados. Apesar dessas similaridades, as circunstâncias do processo de industrialização tardio interferem sobremaneira nas características da autonomia estatal e das políticas de distribuição de riqueza adotadas na periferia do capitalismo.

---

<sup>39</sup> Rueschenmeyer e Evans também colocam como possível condição que impacta a autonomia do Estado clivagens étnicas e culturais. Essas clivagens tenderiam a debilitar a autonomia estatal, uma vez que seriam incompatíveis com a função estatal de perseguição de “bens públicos universais”. No entanto, como os autores colocam, essa relação não é tão direta que possa ser considerada como uma característica geral.

A presença de uma elite agrária forte e sem interesse estrutural na transformação dos meios de produção torna a cisão entre classe dominante e Estado um elemento importante do processo inicial de acumulação. Uma vez que os Estados operam em um contexto internacional no qual a sobrevivência política e militar depende em larga medida da obtenção de níveis competitivos de produção, os administradores estatais são quase compelidos a se envolver em conflitos com a classe rural dominante (SKOCPOL, 1979).

Ao contrário dos países centrais, a industrialização na periferia não significa um movimento de generalização da organização do trabalho em torno de atividades industriais. É comum a existência de padrões de desenvolvimento duais, nos quais um setor moderno convive com um tradicional. De acordo com Sônia Draibe (1985, p. 18), nesse tipo de construção o Estado se “[...]se erige sobre um conjunto de forças sociais em transformação, não articuladas objetivamente (porque ainda ausente um movimento autônomo e integrador da acumulação capitalista)”, e, por esse motivo, ganha uma natureza autônoma que permite ao Estado intervir sobre as profundas transformações em curso.

No Brasil, a atuação dirigente do Estado como condicionante do processo de industrialização é sempre ressaltada, e isso por dois motivos. Primeiro, como condição para que interesses políticos de vários setores pudessem ser equacionados e, assim, as dificuldades técnicas e financeiras envolvidas no processo pudessem ser contornadas. Depois, pelo papel que lhe coube como negociador com o capital estrangeiro, ou seja, como mediador para estabelecer as bases de “associação” com os oligopólios internacionais, uma das principais condições para superar as discontinuidades tecnológicas inerentes ao processo de industrialização tardia (MELLO, 1998, p. 125-126).

A autonomia do Estado foi garantida em função da divisão de elites provocada pela industrialização tardia em um país periférico. Pela mesma razão, as políticas sociais foram desenvolvidas na ausência de organização de trabalhadores politicamente fortes. Nesse cenário, as políticas desenvolvidas no Brasil a partir da década de 1930 tinham como função atuar como instrumento de controle dos movimentos de trabalhadores, utilizando como estratégia a antecipação de algumas demandas para, com isso, restringir a legitimidade das reivindicações da classe e limitar sua mobilização.

O baixo nível de organização dos trabalhadores e sua restrição aos setores modernos da economia fez com que sindicatos com poder de barganha razoável limitassem-se a setores específicos que não raro compunham um grupo com acesso privilegiado aos campos de negociação. As políticas sociais criadas atendendo esta demanda possuem em geral caráter

corporativo e cristalizam um tipo de relação com o Estado que se afasta de procedimentos democráticos.

Junte-se a isso o fato de que as políticas sociais tinham papel reduzido no controle de demanda agregada. No período de industrialização brasileira problemas de superprodução estavam mais relacionados ao comportamento do setor externo do que a flutuações nos níveis nacionais da demanda e o número restrito de trabalhadores beneficiados limitava a efetividade das políticas como mecanismo de expansão do consumo (MEDEIROS, 2001). As políticas surgem a partir de decisões autárquicas e com a função de regular aspectos relativos à organização dos trabalhadores assalariados dos setores modernos da economia e da burocracia.

Assim, as políticas sociais são criadas no Brasil seguindo o compasso de sua industrialização tardia. Enquanto na economia conviviam setores industriais modernos e tradicionais agrário-exportadores, as relações entre Estado e sociedade são estruturadas por quatro padrões institucionalizados de relações ou “gramáticas”: clientelismo, corporativismo, insulamento burocrático e universalidade de procedimentos. As instituições políticas formais e o sistema social se articulam de maneiras díspares, com cada política setorial – e cada governo – organizando de maneira própria essas gramáticas em um verdadeiro malabarismo (NUNES, 2003).

A implementação de programas e a alocação de recursos eram influenciadas ora pela relação entre políticos e sua clientela, na base de troca de favores, ora pela lógica corporativa típica da “cidadania regulada” (DOS SANTOS, 1979). Quando determinadas políticas, como a de saúde (FARAH, 2001), exigiam maior eficiência ou maior legitimação social, a prática comum era a criação de “bolsões” no interior da burocracia (EVANS, 1993), estabelecendo um certo “insulamento burocrático” que buscava isolar o processo decisório de pressões de cunho corporativo ou clientelista. Isso levou a criação de “anéis burocráticos”: pequenos conjuntos da burguesia (nacional e internacional) vinculados a igualmente pequenos conjuntos de burocratas, em geral através da articulação de algum detentor de cargo público (CARDOSO, 1975).

Como ressalta Schneider (1987, p. 230-231), o caráter *ad hoc* e personalizado dos vínculos estabelecidos entre Estado e sociedade por meio de tal arranjo afastam-no simultaneamente do desenvolvimento de relações democráticas e da verdadeira eficiência para encabeçar o processo de modernização, na medida que os interesses do capital não são filtrados e negociados de forma mais ou menos racional, mas incorporados na agenda por meio de laços particulares. Em vez de se institucionalizarem, as relações se individualizaram.

As políticas públicas promovidas pelo Estado incorporavam, portanto, interesses da sociedade civil e do mercado, no entanto, tal incorporação era excludente e seletiva,

beneficiando segmentos restritos dos trabalhadores e interesses de segmentos dos capitais nacional e internacional (FARAH, 2001). A estratégia de insulamento burocrático afasta decisões da política tradicional da clientela, mas a expõe a outro tipo de relação privada não universal. Nem poderia ser diferente, como expõe Diniz (1996, p. 23):

*a estratégia do insulamento burocrático revela-se irrealista, se considerarmos que a meta almejada, qual seja, implementar escolhas públicas imunes às pressões dos interesses particulares, não é factível. Tudo o que se consegue é eliminar alguns interesses em benefício de outros, em geral os que detêm maior poder de barganha.*

A construção de anéis burocráticos insulados torna o Estado menos permeável a políticas redistributivas, pois reduz o escopo da arena em que interesses e demandas populares podem desempenhar um papel. Essa redução da arena é efetivada pela “*retirada de organizações cruciais do conjunto da burocracia tradicional e do espaço político governado pelo Congresso e pelos partidos políticos, resguardando estas organizares contra tradicionais demandas burocráticas ou redistributivas.*” (NUNES, 2003, p. 34)

Portanto, para fins de redistribuição de riquezas, a estratégia de modernização através do insulamento de setores da burocracia, torna o Estado menos autônomo, uma vez que blinda o acesso das demandas da classe trabalhadora. Na saúde pública, isso significou o subsidiamento do sistema privado pelo público, não apenas pela contratação para prestação direta de serviços de saúde financiados pelo setor público, como também pela garantia de subsídios para reforçar seu parque tecnológico via Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social e, mais recentemente, via Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) (SANTOS; GERSCHMAN, 2004, p. 798).

### 5.1.3 A agenda de reforma das políticas sociais: o caso do SUS

O processo de redemocratização possibilitou, no período 1985-1987, o desalojamento parcial dos anéis burocráticos e a ocupação de espaços do aparelho de Estado nas áreas de Saúde, Previdência e Ciência e Tecnologia por atores sociais identificados com políticas racionalizadoras ou democratizantes (PAIM, 2008, p. 96). Com o advento da “Nova República” o insulamento burocrático é colocado em cheque como antidemocrático e essa estratégia perde legitimidade, principalmente porque a queda do regime militar está relacionada a profunda crise do modelo de desenvolvimento e modernização liderado por um Estado afastado da pressão popular (BRESSER PEREIRA, 1996, p. 13)

A separação da administração da saúde e previdência social permitiu a ocupação de espaços institucionais por grupos comprometidos com o movimento de Reforma Sanitária, essa diferenciação da burocracia tradicional possibilitou o desenvolvimento de projetos que traduziam “*a experiência acumulada do movimento sanitário em termos de propostas de transformação da organização dos serviços de saúde*” (COHN, 1989, p. 136) Ao movimento reformista é atribuída a criação de verdadeiros “anéis burocráticos invertidos” que lançaram mão:

*[...] do poder administrativo e técnico não para a mercantilização da saúde como os anéis burocrático-empresariais da Previdência, mas para o fortalecimento da sociedade civil e, por vezes, dos movimentos populares. Mas são anéis permanentemente em tensão, já que representavam o discurso contra-hegemônico dentro de um espaço em que o regime lançou mão para se legitimar e desta maneira manter a hegemonia* (SCOREL, 1999, p. 186).

O lugar dessa nova burocracia e de seu maior projeto, o SUS, dependia de um delicado balanceamento entre o poder dos grupos empresariais de saúde (que buscavam um sistema privatizado) e a pressão exercida pelos movimentos populares que acabou por estabelecer a saúde pública universal e gratuita como ponto de legitimidade do novo regime. Os interesses privatistas e estatizantes se combinavam na burocracia estatal sem uma aparente hegemonia (FALEIROS et al., 2006, p. 46), mas é certo que o novo sistema de saúde encontrava resistência dentro do próprio governo (GERSCHMAN, 1995).

Durante a implementação do SUS, a nova burocracia sanitária teve que lidar também com o ressurgimento de divergência de interesses tinham sido escamoteados em função da agregação em torno da retomada do regime democrático e da reforma sanitária, enquanto projeto ético de caráter coletivo. Particularmente, acirraram-se as divergências partidárias decorrentes do fortalecimento e da diversificação dessas identidades e aprofundou-se o corporativismo no movimento médico, que se distanciou do projeto básico da reforma sanitária no momento crucial de sua implementação (GERSCHMAN, 1995).

O apoio dos usuários dos serviços de saúde também diminuiu ao longo da implementação do sistema único, contribuiu para isso a própria característica da reforma, que fez com que os seus benefícios fossem muito dispersos e só perceptíveis a longo prazo pelo conjunto da população (MENICUCCI, 2006). Além disso, o caráter prioritário atribuído à construção de uma nova engenharia institucional para a saúde, em detrimento da institucionalização efetiva da participação e representação políticas afastou as bases populares que poderiam fortalecer o movimento (GERSCHMAN; CASTANHEIRA, 2013).

O SUS perde parcialmente seu caráter político (FLEURY, 2009) ao mesmo tempo em que as elites empresariais se reagrupam em torno de um projeto neoliberal que permite simultaneamente o crescimento da assistência privada por meio de seguros de saúde e a utilização do setor público como “muleta” para setores menos competitivos. A divergência intra burocrática aumenta, principalmente entre as agências encarregadas da política econômica e da saúde, e aponta para entre as agências encarregadas da política econômica e da saúde, como fica claro na disputa pela interpretação da forma de aplicação da Emenda Constitucional 29/00 na definição concreta dos montantes a serem alocados pelo governo federal (MENICUCCI, 2006).

Devemos considerar também que a burocracia do Ministério da Saúde saiu enfraquecida do processo de Reforma do Estado que, por meio da criação de agências para tratar de pontos nevrálgicos no sistema de saúde – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – destituiu da burocracia sanitária parte de sua influência sobre os rumos do sistema de saúde. (PAIM, 2003). O desmonte da capacidade burocrática do Ministério da Saúde também tem efeitos negativos sobre sua habilidade de mobilização. A gestão federal do SUS foi desenvolvida por um quadro administrativo extremamente vulnerável, como é possível observar analisando o padrão de recrutamento dos servidores da sede do Ministério, bem como seus processos de promoção interna. Tais fatores são compensados apenas por uma forte cultura profissional advinda de um elevado grau de qualificação de técnicos e gestores (COSTA; NEVES, 2013), que permitem o desenvolvimento da política, mas não garante sua autonomia.

Nesse contexto, a autonomia da burocracia para levar a cabo um projeto contra hegemônico de redistribuição de riquezas como o SUS fica prejudicada. Esse processo se desenrola de forma mais ou menos similar pelas unidades federativas. Todavia, fatores locais têm grande impacto sobre sua extensão, modificando o grau no qual as burocracias públicas têm a possibilidade de atuar de forma autônoma frente a classe capitalista. Alguns elementos variam entre as diversas unidades federadas: a força e homogeneidade da classe empresarial; a existência de movimentos sociais mais ou menos organizados e influentes e a capacidade burocrática estão entre eles. Pretendemos agora analisar esses fatores no Estado do Rio de Janeiro no período estudado por essa pesquisa.

#### 5.1.4. Capacidade burocrática da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

A capacidade burocrática, ou seja, a medida na qual determinado corpo de agentes estatais possui os meios (técnicos e políticos) para formular e implementar políticas públicas, é frequentemente utilizada como variável independente da eficiência do Estado (CARPENTER, 2001; EVANS; RAUCH, 1999; GEDDES, 1994). Mas o papel da burocracia vai além disso. Quando tratamos de políticas redistributivas contra hegemônicas, vemos que a capacidade burocrática é uma das variáveis explicativas da própria autonomia do Estado para agir de forma independente da classe capitalista.

Nesta tese, a burocracia analisada diz respeito ao quadro de profissionais do primeiro e segundo escalões (DAS 4, 5 e 6) da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), no período de 2007 a 2011. O objetivo desta seção será determinar se o quadro de profissionais atuantes na SES-RJ tinha, no período estudado, características suficientes para, dadas a incidência das outras variáveis explicativas, atuar de forma autônoma. Os dados obtidos serão analisados a partir de uma perspectiva histórica, considerando o papel cambiante da burocracia sanitária no processo de implementação do SUS.

Apurar os efeitos de organizações burocráticas gera problemas metodológicos singulares. O principal deles, que deve ser enfrentado também nesta tese, é que análises produzidas a partir de entrevistas tendem a criar situações nas quais não é possível determinar causalidade entre as variáveis. Este problema de endogeneidade, chamado simultaneidade (WOOLDRIDGE, 2011) ocorre principalmente porque os entrevistados podem ter sido influenciados pelos resultados (OLSON et al., 2000), isto é, quando os resultados (do crescimento econômico, da distribuição de renda etc) são positivos os entrevistados podem, consciente ou inconscientemente, avaliar a estrutura burocrática melhor do que realmente era.

Considerando essa dificuldade, ao invés de questionar diretamente os entrevistados, é coerente utilizar as entrevistas como fonte de dados de dimensões constitutivas da burocracia com o objetivo compor indicadores *proxy* da qualidade da burocracia. Tal é o procedimento adotado em diversas pesquisas (EVANS; RAUCH, 1999; PETERS, 1995; HALL, 1963).

Existem diversos indicadores do grau de qualidade da burocracia. Hall (1963), baseado em extensa investigação da literatura<sup>40</sup>, aponta os indicadores mais frequentes: I) divisão de trabalho baseado na especialização funcional; II) hierarquia de autoridade bem definida; III)

---

<sup>40</sup> Hall chegou a essas dimensões a partir de um estudo do conceito de burocracia em Max Weber, Carl Friedrich, Robert Merton, Stanley Udy, Ferrel Heady, Parsons, Berger, Michels e Dimock.

conjunto de regras determinando os direitos e deveres dos funcionários; (IV) conjunto de procedimentos para lidar com situações de trabalho; (V) impessoalidade nas relações interpessoais; (VI) promoção e recrutamento baseado na competência técnica.

Evans (1992) utiliza como indicadores do grau de qualidade e profissionalização da burocracia: (I) recrutamento meritocrático; (II) regras para contratar e demitir que substituam nomeações por critérios políticos; e (III) preenchimento dos altos cargos da burocracia por meio de promoção interna. No mesmo veio, Peters (1995) propõe os seguintes indicadores: I) recrutamento – métodos e padrões; II) estrutura da administração dos programas – organização interna, variações e reorganizações; III) relações com grupos de pressão, partidos, sindicatos, organizações não governamentais (ONGs) etc.; e IV) controle da burocracia, ou seja, sua *accountability* e sua relação com os políticos eleitos.

Assim, foram selecionadas três dimensões de análise, cada uma com seus respectivos indicadores: recrutamento, formação e promoção interna (Quadro 2):

Quadro 3 – Dimensões analíticas e indicadores de capacidade burocrática

DIMENSÃO	INDICADOR
Recrutamento	Proporção de servidores requisitados Proporção de servidores de fora da administração
Promoção Interna	Proporção de servidores de carreira da SES-RJ
Formação	Proporção de servidores com nível superior Proporção de servidores com pós-graduação

Fonte: A autora, 2017

A seleção dos indicadores no Quadro 2 tem por objetivo capturar algumas das características da qualidade e da profissionalização da burocracia brasileira assinaladas pelos pesquisadores do tema. Assim, os dois indicadores da dimensão Recrutamento – servidores requisitados de outros órgãos públicos e servidores de fora da administração pública – apontam para a fragilidade ou para a sustentabilidade da burocracia que atua na formulação de políticas. Ou seja, quanto maior o número de servidores nessas duas categorias, menor a capacidade burocrática da agência. O indicador da dimensão Promoção Interna, proporção de servidores de carreira da SES-RJ, captura a participação de servidores concursados para a Secretaria nos altos cargos da burocracia. A maior proporção de servidores de carreira ocupando cargos decisórios aponta para uma seleção meritocrática, tal qual apontado por de Evans (1995). Por último, na dimensão Formação, os indicadores que mostram o número de servidores com formação para a gestão (em graduação ou pós-graduação) foi adicionado por recomendação de Souza (2015)

pela sua reconhecida importância na estrutura da administração pública brasileira, gerando a hipótese de que quanto maior o número de servidores com formação específica para a gestão, maior será a capacidade burocrática da agência.

O Quadro 3, mostra os resultados desses indicadores para a SES-RJ no período entre 2007-2012:

Quadro 3 – Dimensões analíticas e indicadores de capacidade burocrática da SES-RJ, 2007-2012

DIMENSÃO	INDICADOR	SES-RJ
Recrutamento	Proporção de servidores requisitados	53,8%
	Proporção de servidores de fora da administração	19,2%
Promoção Interna	Proporção de servidores de carreira da SES-RJ	27,0%
Formação	Proporção de servidores com nível superior	100,0%
	Proporção de servidores com pós-graduação	88,5%

Fonte: A autora, 2017.

Sobre recrutamento e promoção interna, podemos notar que a maior parte dos funcionários de alto escalão da SES-RJ são requisitados de outros órgãos da administração pública, principalmente do Ministério da Saúde. Na verdade, os cargos mais altos (subsecretarias) são todas ocupadas por funcionários públicos oriundos do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), hospital federal de alta complexidade localizado na cidade do Rio de Janeiro, do qual o então Secretário de Saúde Sérgio Côrtes foi Diretor-Geral entre 2003 e 2006, antes de assumir a SES-RJ. Os funcionários de carreira da SES-RJ ocupam cargos de escalão mais baixo e com funções mais técnicas, como, por exemplo, a direção executiva do Fundo Estadual de Saúde ou a superintendência de vigilância epidemiológica. Os gestores que ocupam esses cargos têm formação técnica excelente, a maioria possuindo pós-graduação especializada para seu cargo.

O preenchimento dos cargos da alta burocracia da SES-RJ funciona basicamente através de nomeações políticas, consistindo em uma administração baseada em cargos e não em carreiras. Deste modo, o topo do organograma estatal não é preenchido através de critérios de avanço na carreira, mas por meio de nomeações políticas. Na verdade, existem poucas carreiras estruturadas em nosso setor público<sup>41</sup> o que faz com que nosso modelo de administração pública

<sup>41</sup> Algumas das carreiras mais estruturadas são a militar, a diplomática e a do magistério de ensino superior. Em 2006 foi aprovada a Lei 11.355, que dispõe sobre a criação da Carreira da Previdência, da Saúde e do Trabalho, do Plano de Carreiras e Cargos de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública da Fiocruz, do Plano de Carreiras e Cargos do

esteja mais próximo do americano, em que o cargo e não a carreira estrutura o avanço profissional.

Cabe, todavia, fazer um esclarecimento sobre o termo nomeações políticas. Em um primeiro sentido, consideramos política aquela nomeação que não se orienta por critérios previamente estabelecidos, de forma expressa ou tácita, e que não restringe a escolha ao preenchimento de certas condições, tais como ser membro de determinada carreira. Todas as nomeações são, neste sentido, políticas, uma vez que não existe nenhum tipo de critério estabelecido para a ascensão a estes cargos na administração estadual. Num segundo sentido, classifica-se nomeação política tanto aquelas realizadas com base em critérios político-partidários (como parte do processo de barganha para a formação de apoio parlamentar), como também aquelas orientadas por afinidades pessoais, por orientações teóricas comuns, que ligam o Chefe do Executivo ou o secretário aos seus auxiliares e determinam a escolha de alguns técnicos ao invés de outros. Em outras palavras, considerando que as escolhas para os cargos de alta burocracia são sempre políticas, elas podem acontecer de forma mais ou menos permeável a política partidária.

Assim, o critério de seleção para os altos cargos na SES-RJ parece mais ligado a questões e afinidades pessoais do Governador e, principalmente, do Secretário de Saúde do que a troca de cargos em busca da construção de uma base de apoio no Legislativo. O exame das características da SES-RJ mostra que o governador tentou criar um tipo de insulamento burocrático na área da saúde utilizando como argumento a neutralidade técnica dos gestores. (GERSCHMAN, 2016). A retirada da “política” da formulação de políticas públicas funciona como forma de retirar a burocracia do espaço do controle social e coloca as decisões contingentes tomadas pelo governador sob o manto da capacidade técnica.

Podemos observar que a burocracia da SES-RJ, apesar de tecnicamente muito preparada, conta com pouca capacidade burocrática para o desenvolvimento autônomo de políticas públicas. A pouca estabilidade, baixa promoção interna e a escolha política dos cargos (se bem que não político-partidária) faz com que esses funcionários dependam exclusivamente do Governador e do Secretário, garantindo que enfrentem os problemas operacionais apresentados pelas mudanças de perspectiva sobre o problema da saúde pública no território fluminense, mas não constituam ponto de veto para a política estadual.

---

Inmetro, do Plano de Carreiras e Cargos do IBGE e do Plano de Carreiras e Cargos do Inpi. O plano, no entanto, ainda não foi completamente implantado e os integrantes do plano ainda não alcançaram os altos escalões pelo curto tempo atividade.

### 5.1.5. Configuração do setor empresarial de saúde no Brasil

A segunda variável explicativa que devemos considerar quando tratamos da capacidade da burocracia de agir de forma independente é a existência de divisão na classe capitalista ligada ao setor. Considerando a seletividade estrutural do Estado capitalista, é de se esperar que quanto mais concisos e concentrados os interesses de uma elite setorial maior será seu acesso aos órgãos decisórios e menor será o espaço de embate político e a permeabilidade do aparelho estatal aos interesses organizados dos trabalhadores.

Isso é ainda mais relevante quando consideramos que o objetivo do SUS, enquanto política social universal, incluía o desalojamento de elites empresariais há muito cristalizadas no sistema de saúde brasileiro. Por esse motivo, procuraremos entender como a configuração do setor privado (tanto nacional, quanto estadual) de saúde influenciou o processo decisório sobre a privatização da gestão de serviços públicos de saúde no território fluminense.

Análises sobre o setor capitalista na saúde utilizam normalmente o conceito de complexo industrial para explicar o intercâmbio entre os agentes com interesses conflitantes que atuam nessa área. Um complexo industrial significa um conjunto de indústrias no qual os vínculos expressos pelos fluxos de bens e serviços entre elas são mais fortes do que as ligações existentes com os outros setores da economia. Ou seja, o conceito manifesta a ideia de independência ou autonomia parcial de um bloco de setores *vis-à-vis* o conjunto de indústrias da economia (VIANNA, 2002).

Esse conceito tem sido utilizado desde a década de 1980 no Brasil com a proposta de estudar as relações entre o Estado e o complexo médico, visando elucidar as origens e a dinâmica contraditória do desenvolvimento das empresas médicas no Brasil e o padrão de consumo dos bens de saúde (CORDEIRO, 1980; ALBUQUERQUE; CASSIOLATO, 2000; NEGRI; GIOVANNI, 2001; BRAGA; SILVA, 2001; TEMPORÃO, 2002; GADELHA et al., 2003). Para os fins desta tese, é importante destacar como característica do complexo industrial o caráter único das relações que se estabelecem entre seus membros e a forma pela qual cada um deles, em particular, e o complexo, em geral, se apropriam de uma parcela do excedente econômico. Como nosso objetivo é investigar as relações entre os componentes do sistema, não basta analisar os vínculos existentes a partir dos fluxos de bens e serviços, que poderiam ser adequadamente tratados a partir da ideia de cadeia de produção. É preciso também entender o

papel que os diversos agentes e elementos constituintes de um complexo industrial assumem na sociedade e como as relações entre eles se processam ao longo do tempo.

O complexo industrial da saúde pode ser delimitado a partir de um conjunto selecionado de atividades produtivas que mantêm relações intersetoriais de compra e venda de bens e serviços (sendo captadas, por exemplo, nas matrizes de insumo-produto nas contas nacionais) e/ou de conhecimentos e tecnologias (GADELHA, 2003, p. 523). Surgido a partir da revolução tecnológica ocorrida nas indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos após a Segunda Guerra Mundial, o complexo ganha força na década de 1960 com o aparecimento de um setor capitalista produtor de material e equipamentos médicos (VIANNA, 2002) que interage com um setor mais antigo de prestação de serviços de saúde (GADELHA, 2003).

A inclusão de novas tecnologias farmacêuticas e de equipamentos pelos prestadores de serviços condicionavam o padrão de acumulação do capital e a tecnologia assume um papel simbólico importante para a saúde. O resultado foi que,

*[...] devido ao crescente aumento da competição industrial, tanto na área farmacêutica como na de equipamentos, a manutenção das taxas de retorno dos investimentos realizados dependia de um uso extensivo da tecnologia e, portanto, de um aumento crescente dos custos da prática médica. Constrói-se, assim, um cenário explosivo – de um lado, um crescimento vertiginoso da oferta; de outro, uma forte pressão de demanda – cujo resultado é evidente. Os gastos com a saúde aumentam de forma exponencial em praticamente todos os países (VIANNA, 2002, p. 380).*

A partir do final dos anos 1970 o descompasso entre receita e despesa se acentuou. A capacidade de acumulação do capital dependia do uso intensivo de tecnologia que, por sua vez, demandava gastos crescentes. Contudo, o fluxo de recursos disponíveis, via financiamento por fundo público ou privado, não conseguia acompanhar e compatibilizar o crescimento da oferta com a taxa de risco das doenças a ela associada<sup>42</sup>. O sistema financeiro assumiu a responsabilidade de financiar oferta e demanda. O esquema empregado foi a securitização do risco, no qual uma parcela da população assume direta ou indiretamente, via impostos, o financiamento das despesas do cuidado médico.

Instaura-se um novo modelo de acumulação capitalista dominante. Para isso, as operadoras de planos de saúde se reorganizaram e diversificaram a sua área de atuação. As que não tinham origem no sistema bancário (como empresas médicas e cooperativas), tornaram-se

---

<sup>42</sup> Como o aparecimento de novas tecnologias na saúde afeta de forma significativa as possibilidades de diagnóstico e de tratamento de várias patologias, o risco de se ter ou não uma determinada doença pode crescer. Por exemplo, tecnologias genéticas têm identificado precocemente várias disfunções em indivíduos que no futuro poderão levar ao aparecimento de graves doenças.

também instituições financeiras, abrindo seguradoras ou assumindo as suas funções (BAHIA, 2001). O domínio privado da saúde passa então a ser composto por um setor produtivo (industrial e de serviços) e um setor financeiro muito mais forte.

Quando observamos atentamente a relação entre os grupos que compõe a esfera capitalista da saúde, vemos que existe uma clara assimetria nas relações entre o setor produtivo e o financeiro, ainda maior entre as seguradoras e os prestadores de serviços de saúde. Essa disparidade de poder se reflete no acesso às arenas de negociação do Estado, o que direciona os esforços dos diferentes componentes do setor privado para *locus* de negociação específicos dentre do aparelho estatal.

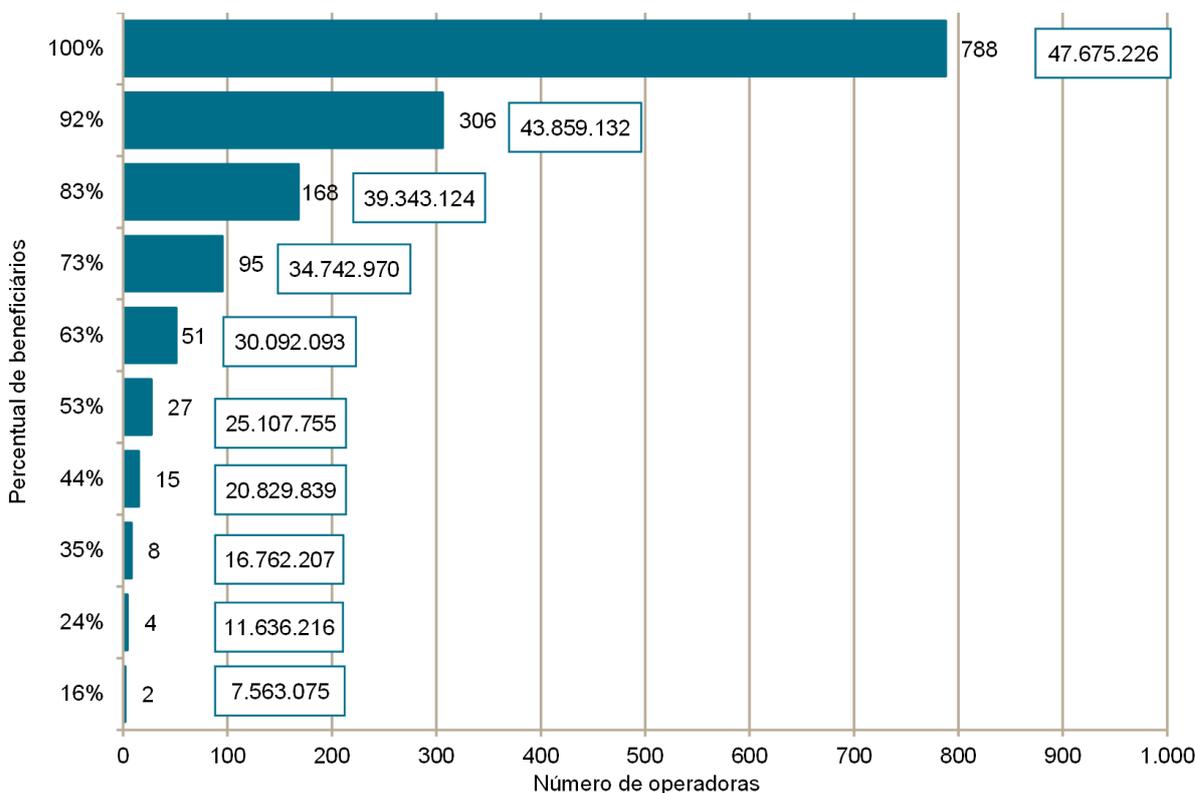
A relação desigual de poder entre setor produtivo e financeiro não é exclusiva do setor saúde. Na verdade, ela reflete questões mais profundas do modelo de produção capitalista contemporâneo no qual o sistema de crédito passa a ser encarado como uma espécie de sistema nervoso central por meio do qual a circulação total do capital é coordenada. O sistema financeiro pode desempenhar esse papel porque o dinheiro representa um poder social geral, ou seja, o dinheiro passa a “*expressar o poder da propriedade capitalista ‘fora de’ e ‘externo a’ qualquer processo específico de produção de mercadoria*” (HARVEY, 2013, p. 374-375).

Na medida em que todos os vínculos do processo de realização – exceto a transformação real da natureza mediante a produção concreta de valores de uso – são colocados sob o controle do sistema financeiro, essa facção pode começar a explorar o sistema de crédito como capital próprio e, desse modo, pode se apropriar de boa parte da acumulação real à custa do capital industrial. Além disso, o sistema financeiro é pouco criterioso na aplicação do capital, o que significa que o fluxo pode correr para especulação, diminuindo o capital disponível para a produção. Assim, o capital financeiro permite o aumento da escala de produção, mas também cria uma “nova aristocracia financeira” que impõe seus interesses sobre a base produtiva. Isso acelera a formação de crises e traz à tona o que Marx chama de “elementos de desintegração” do capitalismo, e se trata da “*abolição do modo de produção capitalista dentro do próprio modo de produção capitalista e, portanto, uma contradição autodissolutora*” (MARX, 2013, p. 348)

No microcosmo da saúde, essa tendência geral é agravada e exposta pela concentração em poucas seguradoras no país, o que diminui a margem de negociação dos prestadores. A internacionalização do segmento, com intensificação das estratégias de fusão e aquisição, tende a contribuir para essa concentração de mercado, com repercussões ainda não mensuráveis sobre

preços. (SANTOS et al., 2013) Em 2016 o Brasil tinha 788 operadoras em atividade com beneficiários<sup>43</sup>, porém apenas 51 operadoras concentravam 63% dos usuários (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica por operadoras (Brasil - dezembro/2016)



Fontes: SIB/ANS/MS - 12/2016 e CADOP/ANS/MS - 12/2016

Isso é ainda mais relevante uma vez que as regras de contratação direta entre as seguradoras e os prestadores diminuem a possibilidade de organização coletiva dos prestadores<sup>44</sup>. Além disso, em pesquisa realizada com amostra representativa dos hospitais que prestam serviços às seguradoras, Maria Alicia Ugá e colaboradores (2009) mostraram que o referido parque hospitalar é majoritariamente composto de unidades de pequeno porte e que a principal operadora concentra mais da metade, em média, do faturamento de cada

<sup>43</sup> Foram consideradas apenas as seguradoras de assistência médica, excluídos os de assistência odontológica. Em 2016 o Brasil tinha 1297 operadoras em atividade, das quais 1095 tinham beneficiários (788 médico-hospitalares e 307 exclusivamente odontológicas).

<sup>44</sup> A relação atualmente é regulada pela Lei 9.656/98, tal como alterada pela Lei 13.003/14. A modificação na lei melhorou em certa medida a posição dos prestadores ao exigir que a relação entre as partes seja contratual. De acordo com a Resolução Normativa ANS – RN nº 363/14 os contratos escritos devem conter cláusulas que determinem os valores dos serviços contratados, os critérios, a forma e a periodicidade do reajuste, bem como os prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados. A nova regulamentação manteve, todavia, a negociação livre e individual entre as partes.

hospital, o que denota uma forte concentração na origem das receitas provenientes da prestação de serviços a operadoras de planos de saúde.

A concentração de poder financeiro se reflete no acesso privilegiado às arenas de negociação estatais. Apesar de ter sido criada para regular simultaneamente as relações entre seguradoras-usuários e seguradoras-prestadores, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) passou a se preocupar fundamentalmente com a cobertura oferecida pelos planos de saúde e, nesse sentido, produziu uma vasta regulamentação instituindo a cobertura obrigatória mínima, dentre outros aspectos. (UGÁ, 2007, p. 10) A criação da ANS certamente representa ganhos frente à regulação anterior realizada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), que se atinha fundamentalmente ao monitoramento da “saúde financeira” das seguradoras. Entretanto, ao concentrar esforços na regulação da (corretamente diagnosticada) relação mais desigual entre seguradoras e usuários, a ANS restringiu o acesso dos prestadores de serviço às arenas federais de negociação.

A expansão da inovação tecnológica e incorporação de novos instrumentos de diagnóstico e tratamento na rotina médica aumentam os desembolsos mínimos necessários e os riscos da operação do negócio. A ANS é criada principalmente por pressão das diversas organizações de usuários para controlar o repasse de custos e garantir uma rede assistencial mínima (ANDREAZZI, 2004). As seguradoras respondem a esse controle cortando custos de duas formas. Em primeiro lugar, o aumento da importância das práticas associadas ao *managed care*, como promoção do uso intensivo de tecnologia, controle orçamentário, *capitation*<sup>45</sup>, desenvolvimento de empresas de controle dos benefícios farmacêuticos ofertados (VIANNA, 2002). Como consequência, os planos de saúde são responsáveis pela manutenção de práticas médicas conservadoras, com menor difusão tecnológica (BAKER; BROWN, 1997)<sup>46</sup>.

---

<sup>45</sup> Prática na qual os prestadores recebem um pagamento fixo periódico para cada paciente que dá entrada no estabelecimento e pode ganhar mais por matricular mais pacientes (se a taxa de capitação excede os custos esperados). Dá-lhes um incentivo para reduzir a utilização. (GLIED, 1999, p. 9).

<sup>46</sup> Assim, apesar de não regular as relações entre seguradoras e complexo industrial, a ação da ANS acaba por refletir também nesse setor porque, ao limitar o repasse de custos para o usuário, ela exacerba a tendência do capital financeiro a aversão ao risco e à incerteza inerente às atividades que estão sendo financiadas. Com o controle dos gastos dos prestadores os incentivos para a criação de novas tecnologias são menores, o que tende a desacelerar as inovações no setor, principalmente em áreas cujo benefício é disperso (como saúde pública). (VIANNA, 2002). Por outro lado, o Complexo Médico Industrial consegue cada vez menos financiamento para suas atividades uma vez que, como mostra William Nordhaus (1969), as taxas de retorno da inovação são consistentemente mais baixas que as de capital de risco. Taxas mínimas de inovação são mantidas, principalmente em tecnologia de alta complexidade e para doenças crônicas, uma vez que a competição pelos recursos esparsos acelera o esforço para o ganho do mais-valor relativo mediante a mudança tecnológica. (HARVEY, 2013, p. 377) Em última instância, as seguradoras partem para o controle acionário das empresas do complexo industrial. Standard e Poor (Standard & Poor's Industry Surveys, apud VIANNA, 2002) informam, por exemplo, que metade do mercado de medicamentos nos EUA já está sendo comandada por empresas de seguro-saúde, o que tem implicado redução das margens de lucro da indústria farmacêutica e um quadro de tensão e conflito com os grandes laboratórios.

A manutenção de uma base tecnológica mínima gera custos não controláveis por práticas gerenciais que levam as seguradoras a cortar os repassados para os prestadores de serviços com vistas a manutenção da taxa de lucro. Enquanto as seguradoras obtêm da ANS autorização para reajustes anuais da mensalidade dos seus planos, os prestadores de serviços esperam em média cinco anos sem correção nos valores das tabelas de procedimentos. As raras negociações, quando bem-sucedidas, lograram obter reajustes que se situavam muito abaixo dos índices inflacionários, muito distantes dos índices autorizados pela ANS e dos aumentos de custos verificado nos hospitais. Isso pode ser observado na diferença entre a correção autorizada para os planos de saúde pela agência regulatória e a média das correções acordadas entre as seguradoras e os prestadores.

Os prestadores de serviços são, portanto, a parte mais fragilizada das relações do complexo industrial-financeiro da saúde. Considerando esse panorama, podemos dizer que, apesar de existir uma divisão na elite empresarial da saúde, ela é minimizada pela preponderância do capital financeiro. Em termos de acesso à burocracia estatal, podemos dizer que as arenas de negociação federal têm acesso restrito, sendo especialmente avessas aos prestadores de serviço.

A restrição às esferas federais faz com que os prestadores tenham que direcionar seus esforços para outros *locus* de negociação para enfrentar os desafios provocados pelas taxas de lucro decrescentes, tanto em função de sua relação com o capital financeiro quanto por causa do crescimento do setor público (ver Capítulo 3). A busca por estados e municípios é a mais óbvia, uma vez que o capital financeiro pouco se imiscui em arenas locais de negociação.

As próprias características da divisão do setor privado forçam os atores a concentrar sua atenção em arenas de negociação de níveis distintos. Na prática, isso significa que cada uma dessas arenas (União, estados e municípios) enfrentam uma pequena fração do setor empresarial aglutinada justamente em torno de interesses similares. Para estados e municípios, a própria posição fragilizada de prestadores frente ao capital financeiro e a ANS significa uma elite local mais unida, diminuindo o potencial de atuação autônoma da burocracia.

#### 5.1.6. A autonomia da burocracia da SES-RJ em questão

De acordo com os critérios acima analisados de capacidade burocrática e divisão das elites, vemos que existe pouco espaço para uma atuação autônoma da burocracia da SES-RJ no

período Sérgio Cabral. De um lado, a alta capacidade técnica do corpo de funcionários não é suficiente para superar as características do processo de seleção para ocupação dos altos cargos da Secretaria. Por outro lado, a própria divisão entre os setores capitalistas da saúde faz com que as esferas estaduais e municipais tenham quase que como única força de pressão os prestadores privados de serviços ao SUS.

Resta saber se existe permeabilidade da burocracia em razão da pressão dos movimentos dos trabalhadores e movimentos populares em saúde. Em razão das características do SUS, a influência desses grupos foi institucionalizada por meio do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (CES-RJ). Esse passa a ser o principal canal de representação direta de interesses, onde é filtrado o acesso às arenas de negociação da política estadual.

## **5.2 Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro: institucionalização e controle social**

Respondendo à mobilização da sociedade civil, a Constituição Federal de 1988 descentralizou a gestão das políticas públicas e sancionou a participação da sociedade civil nos processos de tomada de decisão. A ideia central, dirigida pelo Movimento Sanitarista, era de que a superação das barreiras impostas pelos interesses empresariais e políticos à democratização da saúde só seria possível com a institucionalização permanente de espaços nos quais representantes diretos das classes trabalhadoras compartilhassem poder decisório na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas.

Em um Estado capitalista, as demandas por políticas públicas são classificadas como mais ou menos compatíveis com a lógica dominante através da interposição de barreiras ao seu acolhimento nos níveis da estrutura (racionalidade estratégica), ideologia, processos (regras e procedimentos) e repressão. Esses filtros selecionam o rol de questões possíveis de articulação política e implementação de ações administrativas (OFFE, 1984). Pode ser dito que, a cada momento, o Estado é dotado de um padrão de seletividade estrutural, decorrente do ajuste dessas barreiras pelos processos de luta política na sociedade. A ideia dos conselhos gestores seria inserir uma alteração no formato institucional capaz de desafiar os padrões de seletividade estrutural do Estado e estabelecer novos critérios para o acolhimento de demandas sociais (CARVALHO, 1997).

A regulamentação das normas constitucionais com as Leis 8.080/90 e 8.142/90 consagram a “participação da comunidade” nas ações e serviços de saúde. A legislação traduziu a diretriz constitucional na forma de conselhos gestores de políticas públicas nos três níveis da

federação. A representação nesses colegiados deve atender ao critério de paridade entre Estado e “sociedade civil” o que, de acordo com a resolução 333/03 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), se traduz em: 50% de representantes de usuários (doravante chamados de representação da sociedade), 25% de entidades dos trabalhadores em saúde e 25% de representantes do governo e prestadores de serviços privados conveniados.

A ideia é que a sociedade, atuando nesses espaços, “*teria a possibilidade de contribuir para a definição de um plano de gestão das políticas setoriais, conferindo maior transparência às alocações [de recursos] e favorecendo a responsabilização dos políticos e dos técnicos da administração pública.*” (GERSCHMAN, 2004, p. 1672). Importante notar como, em sua institucionalização, os conselhos participativos têm sua atuação cada vez mais ligada à uma noção restrita de *accountability*, ou seja, de prestação de contas e transparência do Estado, do que de formulação de políticas públicas. Existiria um dilema correlato à indefinição da atividade fundamental dos conselheiros, qual seja: a extensão do controle social (DURÁN, 2013). Essa questão é essencial para entender a posição do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CES-RJ) no processo de aprovação da gestão privada de serviços públicos no estado.

Além disso, existe a percepção de que representatividade de diversos atores societários não cumpriria seu *papel político*. Isto é, não seria capaz de proporcionar uma arena de negociação onde fossem superadas as posições hierárquicas dos representantes da sociedade e do Estado. As duas questões referem-se ao tipo de papel que os Conselhos de Saúde efetivam na democracia brasileira. Ou, ainda, a interpretações concorrentes sobre qual é a função das arenas deliberativas na democracia brasileira (BISPO JÚNIOR; GERSCHMAN, 2013).

Assim, apesar de ser evidente que a criação dos conselhos gestores representou avanços no enraizamento da democracia brasileira (GERSCHMAN; CASTANHEIRA, 2013), resta a questão da extensão de suas funções, que é essencial para garantir que não sejam apenas mais um mecanismo formal de integração sociedade e legitimação do Estado. O processo de institucionalização do SUS tem influência decisiva na forma como essas arenas se organizam em cada unidade federativa, o que corresponde a uma miríade de experiências diferentes.

Para entendermos o papel do CES-RJ na deliberação sobre a mudança do modelo de gestão das unidades de saúde fluminenses, esta parte da tese será organizada em três subtítulos. O primeiro trata da posição historicamente construída para os conselhos em geral, e para o CES-RJ em particular, no SUS. O segundo apresenta dados sobre a relação assumida entre o CES-RJ e a SES-RJ no período de governo de Sérgio Cabral. O último, com base nesses antecedentes, finalmente analisa a forma como o projeto de Organizações Sociais de Saúde passa pelo Conselho.

### 5.2.1 O Estado e a participação social na institucionalização do SUS

O SUS que conhecemos não é aquele pensado pelo Movimento Sanitário e tampouco o previsto na CF e nas Leis 8.080/90 e 8.142/90. O impacto das disputas ideológicas e políticas dos anos 1990 sobre a configuração do sistema é bastante estudado. Ponto menos claro é como a construção administrativa e operacional, influenciada por essas mesmas disputas, teve consequências próprias sobre a organização do sistema único.

A implementação do SUS tem como diretrizes a hierarquização, descentralização, regionalização e participação social. Hierarquizar o sistema significou definir funções específicas para cada um dos níveis de governo. A descentralização foi executada através da transferência do novo eixo dos serviços, a Atenção Primária, para os municípios. A regionalização tem como estratégia a criação de redes de atenção à saúde. A diretriz de participação social foi levada a frente com os conselhos gestores. A interação desses fatores – agravada por problemas decorrentes da instabilidade do financiamento setorial, das formas de articulação entre o público e o privado, do clientelismo político e, de certa forma, da resistência do antigo modelo de atenção à saúde baseado na doença e nas ações curativas – leva às características do sistema que conhecemos.

Um ponto importante na integração das quatro diretrizes organizacionais do SUS é sua cronologia. Como a operacionalização de cada uma delas corresponde a grandes esforços no manejo de recursos (orçamentários, humanos e físicos), elas foram levadas à frente em momentos diferentes. Isso cria alguns dilemas institucionais persistentes que têm que ser encarados para a construção do sistema.

A hierarquização começa com a própria Lei 8.080/90, mas, como a segmentação de responsabilidades por nível de gestão muda no curso da implementação das outras diretrizes, podemos dizer que ela ocorre concomitantemente às outras. A descentralização e a regionalização, por sua parte, correspondem a momentos definidos na cronologia do SUS. A descentralização político-administrativa foi concebida compreendendo a “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios”, associada à “regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde” (art. 7º, Lei 8.080/90). Contudo, seguindo o movimento que marcou as políticas sociais no Brasil na década de 1990, a opção política do primeiro decênio de implantação do SUS foi priorizar a municipalização da saúde.

A agenda de reformas do governo Fernando Henrique Cardoso visou rever o paradigma de centralização das políticas sociais brasileiras, partindo de um diagnóstico que atribuía a ineficiência e corrupção das instituições civis à centralização federal e associava à descentralização formas mais ágeis, democráticas e eficientes de gestão (ARRETCHE, 2002, p. 453). Assim, a transferência de competência aos municípios no sistema de saúde fez parte de um projeto político maior que envolvia reformas descentralizadoras nas áreas de habitação, saneamento e educação.

A primeira década do SUS foi marcada, portanto, por um processo intenso de reestruturação do arcabouço nacional de serviços de saúde, cuja principal consequência foi a transferência de recursos e atividades até então desempenhadas pelo governo federal para os municípios, orientada pelos instrumentos normativos emanados do Ministério da Saúde: as Normas Operacionais Básicas (NOBs). As NOBs 91, 92, 93 e 96 – que introduziram, respectivamente, o princípio da adesão ao SUS; a sistemática de repasse de recursos; as modalidades de habilitação distintas; e novas regras de transferência federais – foram os veículos de incentivo que possibilitaram o grande sucesso da municipalização que, já em 2000 contava com cerca de 99% dos municípios brasileiros habilitados.

A ênfase na dimensão municipalista da descentralização trouxe, sem dúvidas, avanços para o SUS. A literatura aponta que União foi bem-sucedida em obter adesão aos seus programas de expansão da atenção primária (ARRETCHE, 1999, 2004; ABRUCIO, 2005; MACHADO et al., 2015), o que aumentou a cobertura dos serviços e melhorou diversos indicadores de saúde (ALMEIDA; MACINKO, 2006; ALFRADIQUE et al., 2009). Entretanto, a municipalização da saúde teve também impactos não previstos – mas nem por isso menos importantes – sobre a dinâmica das decisões políticas no SUS.

A implantação da municipalização com base numa prática de relação direta entre as esferas federal e municipal, adotada desde o início do processo, teve duas consequências importantes que definiram a trajetória de implementação do SUS. Em primeiro lugar, a primazia das relações entre União e municípios acabou por fragilizar as relações estabelecidas entre estados e municípios. Os estados perderam a gestão dos serviços e não ganharam poder decisório sobre a política de saúde, o que colocou a questão de qual seria sua função no SUS.

Em segundo lugar, como consequência da implantação da municipalização com base numa prática de relação direta entre as esferas federal e municipal, temos que a normatização do processo de municipalização, com um “*emaranhado de normas operacionais e mecanismos de repasse de recursos financeiros*” (FLEURY, 2009, p. 750), acabou com assegurar à

burocracia central do Ministério da Saúde a preservação de poder, mesmo que isto tenha implicado o arrefecimento da participação política de movimentos sociais no SUS.

Desta forma, a concentração política do processo de descentralização na esfera federal foi crucial para o alcance da municipalização, mas criou obstáculos para a conformação de mecanismos de coordenação federativa com incidência sobre relações intermunicipais, função que deveria ter sido desempenhada pelos governos estaduais. Esses fatores foram determinantes para a inflexão da condução política do SUS na década seguinte, no sentido da regionalização (DOURADO, ELIAS, p. 2011).

A tendência à fragmentação da prestação de serviços, inerente à estratégia de municipalização, levou a União iniciar o processo de regionalização do sistema na década de 2000. A integração entre os níveis de atenção, funcionando como rede coordenada dos serviços de saúde, é essencial para a continuidade e integralidade da prestação de serviços (SILVERMAN, 2007). O objetivo é a construção de redes de atenção à saúde sob coordenação dos estados.

O processo de regionalização e organização de redes assistenciais não estiveram associados desde o início da implantação do SUS. Apenas nos anos 2000, a indução da regionalização e da conformação de redes de saúde entrou na agenda, podendo ser caracterizada em três fases: fase I (2001-2005): região normativa com redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde; fase II (2006-2010): região negociada com redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde; fase III (2011-atual): região negociada e contratualizada com as Redes de Atenção à Saúde (SUS). (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Na verdade, já com a Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 houve tentativa de fortalecimento do papel do estado, por meio das CIBs (Comissão Intergestora Bipartite), das CIT (Comissões Intergestoras Tripartites) e da instituição das Programações Pactuadas e Integradas de Assistência à Saúde (PPIs). Todavia, isso não foi suficiente para a organização de redes assistenciais com base nos preceitos da regionalização.

Por esta razão, a regulação presente na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002 tendeu a destacar o papel da instância estadual no processo de regionalização da assistência à saúde, tanto nos aspectos relativos ao planejamento, programação e controle, como nos investimentos que se façam necessários. Aqui a regionalização é enfatizada como estratégia necessária para a organização da rede de assistência, dando melhor funcionalidade ao sistema e permitindo aproveitamento integral dos serviços pela população. Neste sentido, a NOAS 01/2002 pretendia, seguindo o modelo federalista, incutir níveis regionais (módulos assistenciais, regiões, macrorregiões) entre estados e municípios.

Contudo, ao tentar fazer isso operando sobre a organização político-administrativa instituída, na qual a gestão dos sistemas já estava descentralizada para municípios, a efetivação da orientação operativa prevista na NOAS enfrentou importantes obstáculos. A atribuição de competência ao estado para o planejamento regional sofreu severa resistência por parte dos municípios que, já tendo adquirido autonomia na gestão da saúde, identificaram uma perspectiva de recentralização. Mais do que isso, a concentração política e financeira na esfera federal – que tanto serviu para que a indução operada pelo Ministério da Saúde através das NOBs tivesse sucesso na municipalização – criou uma série de constrangimentos para que a regionalização fosse implantada como diretriz organizativa do sistema. (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Neste contexto de relegação do papel da esfera estadual nos primeiros anos do SUS e de pouca prática de mecanismos de coordenação federativa não é de se espantar que as propostas da NOAS não tenham sido bem-sucedidas. Enfrentando estes problemas, ganhou força a ideia, desenvolvida no Ministério da Saúde e na CIT, de reforçar os mecanismos institucionais de negociação e pactuação entre os gestores para que as medidas adotadas partissem de compromissos efetuados entre as esferas de gestão. Com este objetivo foi aprovado o Pacto pela Saúde, em 2006, que afirma a condição da regionalização como elemento basilar do sistema e assume essa diretriz como “o eixo estruturante do Pacto de Gestão”, devendo orientar o processo de descentralização e as relações intergovernamentais. O Pacto organiza “regiões de saúde”, a serem delimitadas a partir do entendimento entre gestores estaduais e municipais. Para operacionalizar o planejamento e gestão nessas regiões de saúde, foram criados os Colegiados de Gestão Regional (CGRs), instâncias deliberativas semelhantes às CIBs na qual participariam os gestores municipais de cada uma das regiões. Disputas político-partidárias e de distribuição de recursos acabaram com a instituição regiões muito desiguais do ponto de vista da oferta de serviços, da população atendida e da capacidade técnica, financeira e decisória de organização dos municípios envolvidos. (SCATENA et al., 2014; VIANA; LIMA, 2011).

A terceira fase, iniciada pelo Decreto 7.508/2011 estabeleceu o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). O Contrato tentava alinhar o papel indutivo do Ministério da Saúde com alguma flexibilidade de negociação entre os entes federados. No entanto, ao instituir a possibilidade de sanções coercitivas baseadas no alcance de indicadores específicos, aumentou sobremaneira os custos de transação de aderir ao COAP, diminuindo a intensidade de sua influência. (SANCHO et al., 2017). No quadro abaixo apresentamos as instâncias de gestão do SUS:

Quadro 4 – Estruturas institucionais de gestão e de decisão do SUS

<b>ESFERA</b>	<b>GESTOR</b>	<b>COMISSÃO INTERGESTORA</b>	<b>COLEGIADO PARTICIPATIVO</b>	<b>REPRESENTAÇÃO DOS GESTORES</b>
<b>NACIONAL</b>	Ministério da Saúde	Comissão Tripartite (CIT) – 1996 (NOB 01/96)	Conselho Nacional de Saúde (CNS) – 1990 (Lei 8.142/90)	Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) – 1982 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) – 1994
<b>ESTADUAL</b>	Secretarias Estaduais	Comissão Bipartite (CIB) – 1996 (NOB 01/96)	Conselho Estadual de Saúde (CES) – 1990 (Lei 8.142/90)	
<b>MUNICIPAL</b>	Secretarias Municipais	Comissão Regional (CIR) ou Comissão Ampliada (CIRA) – 2006 (COAP)*	Conselho Municipal de Saúde (CMS) – 1990 (Lei 8.142/90)	

Nota:\* Criados em 2006 no Pacto pela Saúde com o nome Colegiados de Gestão Regional (CGR)

Fonte: A autora, 2017.

Todo esse movimento pela regionalização acaba por fortalecer ainda mais os atores políticos institucionais, como os secretários de saúde estaduais e municipais, que passaram a contar com diversas instâncias de pactuação. As diversas tentativas de inclusão dos estados no processo decisório e na administração do SUS foram realizadas priorizando a participação de gestores e da própria burocracia estatal dos estados e municípios. As Comissões de negociação entre gestores tornam-se espaços privilegiados de tomada de decisão no âmbito do Estado, e com isso o papel político e deliberativo dos Conselhos de Saúde secundarizou-se (CÔRTEZ, 2009a, 2009b; RIBEIRO, 1997; SILVA, 2000; SILVA; LABRA, 2001; GERSCHMAN; CASTANHEIRA, 2013).

A desigualdade na distribuição de recursos políticos e poder entre os atores é agravada e, com isso, tende a favorecer cada vez mais grupos de gestores e grupos corporativos, impedindo que os ideais da reforma se concretizem e garantam a centralidade do cidadão no processo decisório. Esse dado acerca do enfraquecimento do papel político dos Conselhos de Saúde é ressaltado nas entrevistas realizadas no CES-RJ. Os conselheiros argumentam que o CES-RJ vem perdendo terreno perante os interesses dos atores estatais, pelo menos em duas configurações atuais do processo deliberativo. Na primeira, os gestores tomam as principais decisões sobre as políticas de saúde no âmbito das Comissões Intergestores (CIT ou CIB) e com

isso passam à frente da instância de deliberação pública, que são os Conselhos de Saúde. Na segunda configuração, os espaços de decisão conjunta – de que participam gestores, prestadores, profissionais de saúde e representantes da sociedade – torna-se presa da tecnoburocracia do Estado, e passa somente a funcionar como esfera de homologação das escolhas políticas dos atores estatais. (DURÁN, 2013)

O papel político dos Conselhos de Saúde e dos próprios conselheiros se fragilizam, acarretando o desvirtuamento do controle social. Assim, Santos e Gerschman (2006, p. 182) ressaltam que a criação das Comissões Intergestores afetou negativamente o funcionamento das arenas deliberativas dos Conselhos de Saúde e sua capacidade de se tornarem fóruns centrais de decisão sobre as escolhas de políticas de saúde.

### 5.2.2 Relação entre o CES-RJ e a SES-RJ no governo de Sérgio Cabral

A importância do CES-RJ na formulação e implementação de programas e políticas de saúde é colocada em cheque a partir das primeiras avaliações dos gestores sobre o papel do Conselho. Apesar de, numa análise geral, vemos que os gestores avaliam positivamente a atuação do CES-RJ (86,1% dos funcionários da SES-RJ entrevistados responderam que a atuação era satisfatória em algum nível<sup>47</sup>), quando perguntados sobre como o Conselho contribui para a gestão estadual, 45,7% dos gestores responderam “*com a aprovação de propostas de planejamento*”, 28,6% consideraram que o CES-RJ “*tem um papel pouco definido/influencia pouco*”<sup>48</sup>. Ou seja, a maioria absoluta dos gestores considera que o papel do Conselho se resume a aprovar questões estabelecidas previamente pela gestão ou que ele não tem um papel definido. Apenas 20% responderam que o CES-RJ contribui através de “*controle e fiscalização*”.

A visão de que a relação entre o Conselho e a Secretaria é boa se replica nas respostas dos Conselheiros. A atuação dos representantes da SES-RJ no Conselho foi classificada positivamente por 63,2% dos entrevistados. Na verdade, 57,9% dos conselheiros consideram

---

<sup>47</sup> “Pergunta 78. O funcionamento do Conselho Estadual de Saúde é: 1) Amplamente satisfatório; 2) Satisfatório; 3) Medianamente Satisfatório; 4) Insatisfatório.” 2,8% “amplamente satisfatória”, 44,4% “satisfatória”, 38,9% “medianamente satisfatória”, 13,9% “insatisfatória”. Nenhum gestor escolheu a opção absolutamente insatisfatória. Todos os dados apresentados a seguir são resultados da pesquisa “Políticas de Saúde, Gestão, Intersetorialidade, Regionalização e Participação Social no Estado do Rio de Janeiro”, coordenada por Silvia Gerschman. Importante notar que todas essas perguntas admitiam múltiplas respostas e, por esse motivo, o percentual total não soma 100%.

<sup>48</sup> “Pergunta 79. Qual o papel que o Conselho Estadual de Saúde desempenha no processo decisório da Secretaria Estadual de Saúde?”

que os gestores da SES ouvem, respeitam e acatam as deliberações do CES-RJ<sup>49</sup>. No entanto, a resposta dos gestores sobre a pouca contribuição do CES-RJ em termos de controle ou formulação contrasta dramaticamente com a visão dos conselheiros sobre o seu papel que, de acordo com as entrevistas, é: 1) fiscalização (77,8%), 2) deliberação das políticas propostas pela SES (42,1%), e 3) papel crítico em relação as ações da SES (36,8%)<sup>50</sup>.

Por um lado, quando consideramos a função de controle social, 61,8% dos gestores consideram que o CES-RJ não cumpre esse papel. Chamados a especificar o motivo pelo qual o CES-RJ não exerce controle social, os gestores apontam a limitação por interesses corporativos (66,7%), a pouca qualificação (61,9%), a fragmentação (47,6%) e pouca representatividade da sociedade (23,8%)<sup>51</sup>. Esta visão sobre a pouca capacitação dos conselheiros para assumir sua posição se repete quando analisamos as respostas dos próprios conselheiros. De acordo com as respostas dos questionários, 68,4% dos membros do CES-RJ entrevistados consideram que os conselheiros representantes da sociedade não estão suficientemente capacitados para tomar decisões. Os motivos apresentados para esta falta de capacitação foram a falta de projetos de capacitação permanentes (61,5%), pouca independência política (38,5%) e falta de conhecimento sobre o próprio papel do Conselho (46,2%)<sup>52</sup>.

Entre os conselheiros entrevistados, há uma visão de que o controle social não se efetiva porque a SES-RJ manipula as reuniões para cercear o direito de fala das representações mais conflitivas, principalmente porque deseja a “*aprovação de questões polêmicas sem discussão prévia*” (Entrevistado representante dos profissionais/Conselho Regional de Psicologia). Por esse motivo, para os conselheiros é a atuação da SES-RJ que, em última instância, impede com que cumpram sua função de controle social ao induzir os trabalhos e a agenda do CES-RJ (DURÁN, 2013).

Por outro lado, 80,8% dos gestores entrevistados afirmam que as reuniões com o CES-RJ não se configuram como espaços para a tomada de decisão; só 11,5% afirmaram que o

---

<sup>49</sup> “Pergunta 32. O Sr. considera que os gestores da Secretaria Estadual de Saúde ouviam, respeitavam e acatavam as deliberações do Conselho Estadual de Saúde? 1) Sim 2) Não”

<sup>50</sup> “Pergunta 17. Qual o papel que o senhor entende que deveria ser desempenhado pelo Conselho Estadual de Saúde perante a Secretaria Estadual de Saúde?”

<sup>51</sup> “Pergunta 82. O Conselho Estadual de Saúde exerce controle social enquanto representante da sociedade?” e “Pergunta 83. Especificar o motivo pelo qual o Conselho Estadual de Saúde não exerce controle social enquanto representante da sociedade. (Marcar até três motivos). 1) Pouca qualificação; 2) Demasiado partidário; 3) não há consenso sobre o que seja controle social; 4) interesses corporativos; 5) pouco representativo da sociedade; 6) o formato institucional do conselho não contribui para o controle social; 6) é um obstáculo ao controle social; 7) Outros.”

<sup>52</sup> “Pergunta 40. Os conselheiros estão suficientemente capacitados para tomar decisões? 1) Sim 2) Não. Justifique.”

Conselho participa dos mecanismos de tomada de decisão. Em relação com esse tópico, e sendo o secretário estadual de saúde também presidente do CES/RJ, 73,1% dos gestores colocam que a participação do secretário nas reuniões com os conselheiros estaduais de saúde não é procedimento para tomada de decisão do Poder Executivo<sup>53</sup>.

A análise das Atas das Reuniões Plenárias do CES-RJ no período de 2003 a 2012, vemos que nem documentos importantes como o Plano Estadual de Saúde ou os Relatórios Anuais de Gestão, que devem por lei ser aprovados em processo deliberativo nas plenárias dos conselhos, são apresentados com antecedência e de forma clara, para permitir seu exame. Os Conselheiros em diversos momentos demonstram sua insatisfação com o fato de aprovarem “pacotes prontos”, sem que possam fazer objeções ou acréscimos (DURÁN, 2013, p. 79).

Tudo isso demonstra que o CES-RJ não tem papel na formulação da política de saúde. Com efeito, o Conselho se apresenta como uma instância burocrática de aprovação da política e não como um espaço de participação social. Isso se torna claro quando vemos que os próprios conselheiros não consideravam a participação na formulação de políticas como relevante papel do Conselho. Desta forma, o CES-RJ aparece como um conselho distanciado da sociedade e incapaz de transcender a sua própria existência enquanto instância da gestão. Ou seja, o Conselho se transformou em mais uma instância do estado, cujo principal papel é a aprovação de políticas das quais não participa da elaboração.

### 5.2.3 A gestão privada de serviços públicos no CES-RJ

De acordo com o art. 1º, inciso II, alínea “j”, da Lei Complementar 71/91, cabe ao Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro: “*Opinar sobre projetos de lei, leis, decretos ou quaisquer outros atos referentes às atividades da Secretaria Estadual de Saúde*”<sup>54</sup>. Contudo, a pesquisa não encontrou em nas Atas das Reuniões Plenárias do CES-RJ para o ano 2011

---

<sup>53</sup> “Pergunta 54. Qual o procedimento utilizado para a tomada de decisões do Executivo estadual? (Marcar até três opções). 1) Reuniões do Secretário com seu Gabinete 2) Reuniões do Secretário com o Conselho Estadual de Saúde 3) Reuniões do Secretário com um colegiado de Subsecretarias 4) Reuniões do Secretário apenas com as Subsecretarias implicadas na decisão 5) Não há procedimento estabelecido 6) Outros” e “Pergunta 53. Quem participa dos processos decisórios (marcar até 3 opções)? 1) o Secretário e o Governador; 2) apenas o secretário; 3) o secretário e o gabinete; 4) o secretário e o CES-RJ; 5) o secretário e os subsecretários; 5) Outros.”

<sup>54</sup> Interessante notar que a Lei Complementar 71/91 foi revogada pouco tempo depois pela Lei Complementar 152/13. Na nova regulação sobre as atribuições do CES-RJ não está prevista a necessidade de seu parecer sobre qualquer ato normativo do Executivo ou Legislativo.

qualquer relato de debate prévio formal sobre alteração no modelo de gestão das unidades de saúde no Estado do Rio de Janeiro. Cabe notar que essa fonte tem uma limitação importante, nem todas as Atas do período estavam disponíveis para consulta pública no momento de realização desta pesquisa. No entanto, outras pesquisas realizadas sobre o CES-RJ no mesmo período também não encontraram evidências de que a questão tivesse sido discutida no Conselho antes de ser enviada para o Poder Legislativo (GURGEL, JUSTEN, 2013).

A SES-RJ e o Governador suprimiram uma das instâncias de negociação para aprovação mais rápida da gestão privada de serviços públicos no Rio de Janeiro. Considerando a pouca importância atribuída pelos gestores do período ao papel do CES-RJ na formulação de políticas públicas isso não é de admirar. Alguns conselheiros, representantes, em geral, de associações profissionais, tentavam fazer com que essa questão fosse pautada diretamente pelo CES-RJ:

*Este Conselho nunca se dignou a sequer pautar este tema [da privatização da saúde pública]. O que vem acontecendo é crime. O Conselho não pode se omitir disso. Exijo que hoje seja marcada a data para este Conselho debater a crise da saúde pública. Já fiz esta solicitação não sei quantas vezes. Estou há dois anos neste Conselho pleiteando que aconteça uma reunião para discutir a Rede Própria. Temos que fazer uma reflexão sobre o funcionamento e estrutura de saúde. Não se discute atendimento de saúde aqui. Não se discute atividades-fim do SUS (Fala de representante do COREM, Ata da Reunião Ordinária de 3 de junho de 2011).*

A falta de organização política e cooperação entre os conselheiros (DURÁN, 2013) parece ter impedido que o Conselho conseguisse apreciar a questão, mesmo diante da falta de interesse do Governador de que o projeto passasse por crivo popular. Ao negar a participação do CES-RJ o Executivo apresenta a questão como uma decisão tomada com base em critérios técnicos, e não políticos. Existe aqui uma inversão de valores, a SES-RJ e o Governador apresentam sob uma luz positiva a retirada de uma decisão dos órgãos institucionalizados de participação social sob a justificativa de que seu próprio caráter político tornaria o Conselho pouco qualificado para apreciar esse tipo de questão. A falta de discussão prévia do novo modelo de administração, no entanto, foi um dos pontos levantados pelos parlamentares da ALERJ para questionar a legitimidade do projeto de lei de OSs apresentado.

### **5.3 ALERJ: sistema eleitoral, negociação política e pagamentos paralelos**

Além dos atores que fazem parte da administração, atores do Poder Legislativo também exercem influência sobre a agenda governamental. O Poder Legislativo, além de ter influência

sobre o estabelecimento da agenda, também tem papel central na geração de alternativas para a solução do problema. Isso é possível porque os parlamentares possuem recursos como o monopólio da produção legal essencial para a maioria das mudanças essenciais em políticas públicas. Além disso, eles estão frequentemente expostos aos outros participantes, o que os torna capazes de participar ativamente do processo de barganha. A grande influência destes atores pode ser atribuída também a sua relativa estabilidade, quando comparados com o Poder Executivo e com os altos postos da burocracia.

Outro grupo de atores influente é composto pelos participantes do processo eleitoral, principalmente partidos políticos. Por um lado, partidos podem levar questões à agenda governamental por meio de seus programas de governo. No entanto, a atuação dos partidos neste sentido deve ser observada com cautela, uma vez que nem sempre a plataforma eleitoral direciona as ações de governo (KINGDON, 2014, p. 64). Por outro, e mais importante, as coalizões partidárias são essenciais para o sucesso da ascensão de uma questão à agenda.

### 5.3.1 Aspectos da relação entre Executivo e Legislativo nos estados brasileiros

A baixa amplitude da produção acadêmica sobre a política estadual brasileira é notável quando consideramos a quantidade de casos disponíveis ou a grande atenção dedicada à política no âmbito federal. Há, no entanto, um número crescente de pesquisas sobre o tema. As análises se concentram na relação dos estados com a dinâmica política nacional (ARRETCHE, 2002, 2012; OLIVEIRA, 2009; AMORIN NETO; SANTOS, 2013) e nas relações internas dos poderes estaduais (ABRUCIO; TEIXEIRA; COSTA, 2001; DOMINGUES, 2001; GROHMANN, 2001; MORAES, 2001; SANTOS, 2001; PEREIRA, 2001 e 2004; TOMIO; RICCI, 2009, 2010, 2012; BORGES, 2007; NUNES, 2008; CERVI, 2009; CARREIRÃO; PERONDI, 2009; GRAÇA, 2016).

A referência pioneira e que orienta a literatura sobre governos estaduais após a retomada democrática dos anos 1980 é o texto de Abrucio (1998). O autor defende que os governadores teriam sido os maiores beneficiados do processo de abertura política, consolidado na Constituição Federal de 1988. Seguindo uma literatura consolidada sobre a reforma fiscal e a descentralização de políticas públicas que se iniciaram nos anos 1990 (ver, por exemplo, SOUZA, 1996, 1997), Abrucio considera que os representantes da Assembleia Constituinte incluíram os municípios como entes federativos e aumentaram a descentralização de recursos, porém deixaram a distribuição de responsabilidades na construção de políticas públicas para a

legislação posterior<sup>55</sup>. A distribuição pouco clara de competências e o aumento de recursos fiscais teriam então aberto caminho para a centralização de poder nas mãos dos governadores, o que Abrucio chama de um sistema “*ultrapresidencialista*”.

Nessa linha, os governadores teriam conseguido, com a distribuição dos abundantes cargos e recursos do Executivo, fundar um pacto homologatório junto as assembleias legislativas, influenciar as bancadas estaduais no Congresso Nacional e, além de tudo, minar a capacidade controladora dos agentes de *accountability* intragovernamental. Essa hipertrofia do Executivo desequilibraria os demais poderes formais - Legislativo e Judiciário. Nesse caso, o processo de negociação para a entrada de uma questão na agenda e formulação de política seria dominada pelo Chefe do Executivo, que possuiria meios de incluir questões e definir soluções a custos baixos.

Uma característica importante da tese de Abrucio, e que a diferencia do modelo do Segredo Ineficiente de Shugart e Carey (1995), é que além de defender, como este último, que em sistemas presidencialistas com eleições legislativas em lista aberta pode surgir um equilíbrio no qual questões gerais ficam sob influência do Executivo e leis de efeito concentrado ou paroquialista com o Legislativo, o modelo do “pacto homologatório” adiciona a capacidade de o governador recompensar ou punir os legisladores (estaduais ou federais) com o uso de recursos orçamentários ou de patronagem. Assim, “*a assimetria de recursos entre os polos do pacto permite afirmar que esse seria mais um processo abdicatório por parte do legislativo do que uma delegação, visto que o mandante (deputados estaduais) teria pouca ou nenhuma capacidade de controlar as ações do mandatário (governador)*” (GRAÇA, 2016, p. 26).

Podemos dizer que a literatura tradicional sobre a política estadual no Brasil pressupõe que os governadores, em razão da abundância de recursos orçamentários, são capazes de controlar todo o sistema político estadual a custos baixos. Diversos estudos posteriores testaram essa hipótese. O livro organizado por Santos (2001) possui a maior coletânea de estudos de caso sobre o tema, tendo como principal conclusão a existência de grande variação de equilíbrios e arranjos nos diferentes estados da federação. Enquanto para alguns estados como Espírito Santo (DOMINGUES, 2001) e São Paulo (ABRUCIO; TEIXEIRA; COSTA, 2001) a pesquisa empírica parece confirmar a hipótese do pacto homologatório, para outros – notadamente Rio

---

<sup>55</sup> A descentralização de receitas tributárias e funções e associada, por um lado, a um movimento amplo que conectava esse processo à própria ideais de democracia (uma vez que a proximidade da base eleitoral permitiria maior participação e *accountability* sobre as decisões do governo, além de proporcionar políticas públicas mais eficientes) e, por outro lado, da ausência de consenso sobre o novo formato do Estado e seu modelo de desenvolvimento. Os governadores, aproveitando-se da legitimidade democrática em razão de sua eleição em 1982 e 1986 – ainda mais importante, tendo em vista a pouca legitimidade do governo Sarney – teriam forjado um sistema de atribuições financeiras e de funções bastante favorável aos Estados (SOUZA, 1997).

Grande do Sul (GROHMAN, 2001) e Rio de Janeiro (SANTOS, 2001) – os dados parecem mostrar equilíbrios alternativos. A literatura tem mostrado que existe mais variações nas realidades estaduais do que a tese fundacional da área previa.

A literatura apresenta algumas hipóteses interessantes para explicar a variação entre os estados. Fabiano Santos (2001), em seu estudo sobre o legislativo fluminense no período 1995-1998, encontra um cenário no qual o Legislativo consegue estabelecer e aprovar uma agenda própria frente a um Poder Executivo preso a uma agenda de crise econômica e fiscal. O autor aponta como fatores que podem explicar essa autonomia a alta competição eleitoral, a relativa escassez de instrumentos decisórios à disposição do governador fluminense *vis-à-vis* outros estados e governo federal (impossibilidade de editar medidas provisórias<sup>56</sup> e não possuir iniciativa exclusiva em matéria orçamentária e tributária) e a estrutura interna da Casa descentralizada (sem colégio de líderes ou controle sobre a apresentação de emendas), o que geraria deputados estaduais altamente inseguros pelo prisma eleitoral, porém com ótimas condições de participarem do processo decisório.

A possibilidade de editar Medidas Provisórias com força de lei é um instrumento importante que permite ao Chefe do Executivo implementar sua agenda, sobretudo de natureza econômica e administrativa, superando possíveis obstáculos no Poder Legislativo. Por esse motivo, a inexistência desse mecanismo no âmbito fluminense é um fator bastante relevante na relação entre os Poderes. Importante notar que as últimas tentativas de incorporar este mecanismo ao rol de poderes do governador não foram bem-sucedidas. A última delas, PEC 18/2003, de autoria do deputado Armando José (PSB), foi arquivada pela Comissão de Constituição e Justiça com parecer de inadmissibilidade.

André Pereira (2001) também considera que as chaves para entender a variação de autonomia entre as assembleias estaduais são as diferenças entre poderes “proativos”<sup>57</sup> dos governadores (possibilidade de editar medidas provisórias, possibilidade de solicitar urgência e a competência exclusiva de matérias, principalmente tributária e orçamentária) e o grau de delegação para as lideranças internas permitido pelo regimento da casa. Seguindo a análise de Figueiredo e Limonge (1999) para o nível federal, o autor coloca o processo de coalizão a partir da delegação de poderes decisórios aos líderes de bancada como central na formação de governos cujos custos e manutenção não sejam proibitivamente altos. Em estudo posterior, analisando os

---

<sup>56</sup> Importante notar que as tentativas de criar este mecanismo no estado não foram bem-sucedidas. Para uma análise dos efeitos políticos das medidas provisórias, ver Figueiredo e Limongi (1997).

<sup>57</sup> Os poderes de agenda do Executivo são comumente chamados de poderes proativos em contraposição aos poderes reativos, cujo exemplo mais recorrente é o poder de veto. Para esta distinção, ver Shugart e Carey (1995).

casos do Espírito Santo e do Rio Grande do Sul (PEREIRA, 2004), o autor avança ao apresentar um caminho alternativo – através de acordos individuais baseados em pagamentos paralelos (*side payments*) – para a formação de maiorias legislativas nas unidades federativas onde não ocorre delegação.

A hipótese da competitividade eleitoral é retomada por Borges (2007, 2010). Para esse autor, o sistema eleitoral e partidário brasileiro produziria tendências na direção do aumento da fragmentação partidária e dos custos de formação de coalizões vencedoras. Além disso, a ausência de partidos fortes dificultaria a estabilização da competição política e das coalizões parlamentares controladas pelos governos estaduais. Nesse sentido, fatores “endógenos” aos sistemas estaduais poderiam contribuir para o enfraquecimento das elites dominantes. Em particular, o surgimento de grupos dissidentes e/ou a fragmentação interna das coalizões dominantes tenderiam, com o passar do tempo, a erodir o controle sobre a arena político-eleitoral exercido pelos chefes políticos. De fato, o sistema eleitoral proporcional adotado no Brasil dificulta a obtenção de maiorias eleitorais por um único partido, o que obriga as elites estaduais – mesmo em estados onde a fragmentação partidária é relativamente baixa – a envolver-se em um processo complexo e extremamente custoso de negociação e barganha.

Felipe Graça (2016) em estudo sobre a relação entre governos estaduais e ALERJ no período 1983-2010, desenvolve a hipótese de que as reformas de Estados dos anos 1990 afetaram diretamente a capacidade de o governador fluminense usar pagamentos paralelos para garantir apoio em larga escala dos deputados estaduais. A política de ajuste fiscal adotada na presidência de Fernando Henrique Cardoso teria afetado diretamente o domínio dos governadores sobre cargos em bancos públicos e empresas estatais. O acordo que levou à privatização desses ativos teria salvo os estados da possibilidade de um calote em seus credores, mas teria resultado em perdas significativas na capacidade dos governadores de utilizar a patronagem como forma de controle do Legislativo. Além da privatização de bens estaduais, Graça considera que a descentralização das políticas de saúde e educação teria diminuído a liberdade dos governadores na destinação orçamentária, uma vez que foram estabelecidos diversos mecanismos obrigatórios de transferências de fundos estaduais para os municípios. Para o autor, no caso do Rio de Janeiro “*o desejo de maior independência do Legislativo e a diminuição de recursos do governador se relacionaram de forma simbiótica*” (GRAÇA, 2016, p. 17).

Considerando as contribuições da literatura, os itens a seguir desenvolvem uma análise sobre a influência da competição eleitoral, regimento interno da ALERJ e possibilidade de

pagamentos paralelos sobre a negociação para a aprovação da gestão privada de serviços de saúde no Rio de Janeiro.

### 5.3.2. Competição eleitoral e formação de coalizões na ALERJ

A literatura especializada em instituições políticas brasileiras relaciona a propensão dos deputados a acatar as orientações das lideranças partidárias e do Poder Executivo ao sistema eleitoral (FIGUEIREDO; LIMONGI, 1996; SANTOS, 1997, 2001). A combinação de presidencialismo com multipartidarismo fragmentado aumenta o custo de formulação de coalizões estáveis e o voto em lista aberta produz forte incentivo para que os parlamentares cultivem o voto pessoal em detrimento do voto partidário (LIMONGI; FIGUEIREDO, 1998), o que tem impacto negativo na propensão dos deputados em cooperar com as lideranças e o governo. A pouca disposição em colaborar com o governo, segundo o argumento, advém do compromisso individualizado com as bases eleitorais, cujo conteúdo nem sempre coincide com aquele que emana do programa partidário. (SANTOS, 1997)

O custo para a formação de coalizões seria maior em ambientes de alta competitividade eleitoral (BORGES, 2010), nos quais as cadeiras do parlamento tendem a se dispersar entre diversas legendas, forçando a formação de coalizões mais amplas e menos coesas. De acordo com a pesquisa de Santos (2001) para o período 1994-1998, o Estado do Rio de Janeiro tem altas taxas de competição eleitoral, o que se mantém nos períodos posteriores (ver Tabela 6.):

Tabela 6 – Número de candidatos por vaga para as Assembleias Legislativas dos Estados brasileiros\*. Eleições 1994, 1998, 2002, 2006 e 2010 (continua)

	1994	1998	2002	2006	2010			
<b>Norte</b>								
Amazonas	9,7	12,3	16,8	16,3	14,9			
Roraima	7,0	13,2	18,9	15,9	16,4			
Amapá	8,9	13,6	10,8	9,5	10,5			
Pará	6,9	10,4	10,7	10,1	11,3			
Tocantins	5,8	8,6	11,5	13,3	9,0			
Rondônia	10,0	12,2	13,9	15,4	12,6			
Acre	7,0	9,1	14,1	12,5	13,8			
<b>Nordeste</b>								
			Alagoas	4,2	6,6	7,4	7,7	9,8

	Bahia	7,7	6,7	8,0	8,7	9,4
	Ceará	6,8	7,8	8,8	11,8	9,6
	Maranhão	9,1	11,7	10,2	8,9	8,8
	Paraíba	4,4	5,2	5,6	6,3	7,1
	Pernambuco	5,5	7,8	10,7	9,2	8,2
	Piauí	4,0	5,9	6,2	6,0	6,3
	Rio Grande do Norte	5,1	5,4	8,3	6,5	6,5
	Sergipe	6,5	9,9	8,5	6,4	5,3
Sud este						
	Espírito Santo	8,5	10,5	11,4	11,9	11,7
	Minas Gerais	9,3	10,4	9,7	11,1	12,2
	Rio de Janeiro	14,4	18,3	18,3	19,7	21,7
	São Paulo	8,6	13,5	15,4	16,2	16,5
Sul						
	Paraná	6,6	7,8	8,2	9,6	9,8
	Santa Catarina	4,3	7,2	7,4	7,5	7,7
	Rio Grande do Sul	6,7	7,5	8,5	8,8	9,9
Centro-Oeste						
	Goiás	9,0	9,7	12,5	11,7	13,2
	Mato Grosso	5,7	9,3	10,4	7,1	9,5
	Mato Grosso do Sul	4,8	7,7	9,0	7,2	10,1

Nota: \* Somente candidatos aptos  
Fonte: TSE, 2017

Além disso, a quantidade de partidos com representação na ALERJ vem crescendo, bem como a fracionalização da Casa. De acordo com Graça (2016), o Número Efetivo de Partidos<sup>58</sup> representados na ALERJ passou de 7 em 1990 para 11 em 2010. Da mesma forma, o índice de Fracionalização Partidária da Casa passou de 0,86 para 0,91 nesse período<sup>59</sup>. Isso indica que,

<sup>58</sup> O Número Efetivo de Partidos é uma *proxy* do número de partidos relevantes para o processo decisório. A fórmula do número efetivo de partidos é  $1/(\sum pe^2)$ , onde  $pe$  é igual ao percentual de cadeiras ocupadas por partido (LAAKSO; TAAGPERA, 1979 apud NICOLAU, 1997).

<sup>59</sup> Índice de Fracionalização =  $1 - (\sum pe^2)$ , onde  $pe$  é igual ao percentual de cadeiras ocupadas por partido. Tem por objetivo medir a dispersão partidária de um parlamento, e indica qual a probabilidade de dois parlamentares desse parlamento, tomados ao acaso, pertencerem a partidos diferentes.

apesar de se tratar de um Poder Legislativo unicameral e com apenas 70 vagas<sup>60</sup>, a ALERJ tem suas cadeiras distribuídas de forma bastante dispersa.

A forte incerteza que predomina no estado é um incentivo para que governadores procurem formar coligações eleitorais abrangentes. De fato, podemos ver que no Rio de Janeiro o tamanho das coalizões cresce de acordo com a competitividade eleitoral. Enquanto Marcello Alencar tinha, em 1994, uma coligação bastante pequena (PSDB/PFL/PL/PP<sup>61</sup>), Anthony Garotinho (PDT/PT/PCB/PCdoB/PSB) e Rosinha Matheus (PSB/PPB/PST/PTC/PSC/PRP/PMDB), respectivamente em 1998 e 2002, já apresentam coligações maiores. Sérgio Cabral se utilizou largamente deste expediente no primeiro (inicialmente PP/PTB/PMDB/PSC/PL/PAN/PMN/PTC/PRONA, aos quais se juntaram PT/PRB/PDT no segundo turno) e no segundo mandatos (PP/PDT/PT/PTB/PMDB/PSL/PTN/PSC/PSDC/PRTB/PHS/PMN/PTC/PSB/PRP/PCdoB).

A estratégia de formação de coalizões amplas busca, claro está, firmar um tipo de “contrato informal” com as lideranças partidárias no qual as últimas se comprometem a aprovar projetos do Chefe do Executivo em troca de benefícios que vão desde a implementação de determinado tipo de política até a distribuição de cargos e recursos para as bases eleitorais. O termo contrato informal para identificar este tipo de coalizão faz referência a sua precariedade e falta de regras legais para sua efetivação. Mesmo assim, esse tipo de arranjo oferece estabilidade, pois permite que o governador negocie diretamente com as lideranças a distribuição de benefícios.

A Tabela 7, apresenta o tamanho das bases de apoio aos governadores eleitos com base nos resultados das eleições de 1994, 1998, 2002, 2006 e 2010. Supõe-se que os deputados estaduais eleitos pelo partido ao qual também era filiado o Governador tenham assumido a condição de governistas. O mesmo se fez com relação aos que pertenciam a partidos que fizeram parte da coligação eleitoral do Governador, mesmo que as coligações concorrentes à Assembleia Legislativa não coincidissem com a do Chefe do Executivo. Apesar de falho – observadores da política brasileira sabem que é perfeitamente possível que parlamentares eleitos nas condições consideradas não fossem aliados de fato; ao mesmo tempo, membros de legendas não coligadas não são necessariamente adversários – esse é um critério razoável para indicar a posição dos deputados em relação ao governador.

---

<sup>60</sup> A partir da Resolução nº 23.389/2013 a ALERJ passou a ter apenas 69 deputados.

<sup>61</sup> Trata-se do primeiro Partido Progressista, criado 1993. O partido se fundiu ao Partido Progressista Reformador (PPR) em 1995, dando origem ao Partido Progressista Brasileiro (PPB). Em 2003, o PPB adotou o nome de Partido Progressista novamente.

Tabela 7 - Distribuição de Cadeiras na ALERJ, por posição em relação ao partido do Governador. Rio de Janeiro, 1994, 1998, 2002, 2006 e 2010.

ANO	PCE*	GOVERNO			OPOSIÇÃO	
		BASE ALIADA			%	N
		N	%	N		
1994	20,00	14	14,29	10	65,71	46
1998	12,86	9	15,71	11	71,43	50
2002**	17,14	12	30,00	21	52,86	37
2006	24,29	17	40,00	28	35,71	25
2010	17,14	12	50,00	35	32,86	23

Notas: \* PCE: Partido do Chefe do Executivo

\*\* Para efeitos desta tabela, consideramos como partido da Governadora Rosinha Matheus o PMDB, no qual cumpriu a maior parte de seu mandato.

Fonte: TSE, 2017.

Como é possível observar, a estratégia de formação de coalizões amplas garantiu a Sérgio Cabral a maioria de cadeiras na Assembleia em seus dois mandatos. Essa característica, no entanto, não parece ter efeito direto sobre o sucesso do governador na aprovação de seus projetos. De acordo com Graça (2016), as taxas de aprovação das medidas propostas pelo Executivo permanecem mais ou menos estáveis durante todo o período. As taxas são altas, sempre superando 80%, e alcançam seus picos entre 1994-1998, com Marcello Alencar (90,8%) e 2006-2010, com Sérgio Cabral (90,6%), governos com características distintas.

Os dados mostram que a variação na aprovação de medidas não pode ser atribuída unicamente à formação de coalizões majoritárias. Na verdade, ainda de acordo com Graça (Idem), a análise da agenda, produção legislativa e vetos da ALERJ entre 1982 e 2010 recriam um cenário de crescente autonomia legislativa a partir da década de 1990, independentemente da posição majoritária ou minoritária do governador. Esses resultados são compatíveis com aqueles encontrados por Santos (2001) e Borges (2010).

Uma possível explicação para esse quadro é que a combinação de altas taxas de competição eleitoral (com a consequência de muitos partidos representados na Assembleia) com regras da Casa que dispersam poder limitam o uso de coalizões eleitorais como forma de diminuir o custo das negociações e controlar o comportamento dos parlamentares. Na seção a seguir exploraremos essa explicação.

### 5.3.3 Regimento interno, dispersão de poder e negociação na ALERJ

A centralização de poder é uma solução conveniente para problemas de ação coletiva dos deputados, ela implica que decisões sejam delegadas a certos atores que passam a contar com recursos capazes de influenciar a agenda e, por consequência, o perfil das decisões legislativas. A delegação de decisões para lideranças partidárias contrabalança o incentivo para o voto pessoal, o que aumenta a disciplina partidária e a previsibilidade do comportamento dos legisladores (SANTOS, 2003), diminuindo os custos da negociação.

Nesse sentido, o número e tipo de unidades requeridas para decidir (GROHMANN, 2009, p. 465) e a possibilidade de atuação dos parlamentares de forma independente de seus partidos (SANTOS, 2001, p. 174) são bons indicadores dos termos da negociação entre Legislativo e Executivo. Quanto menor a presença de regras que incentivem (ou obriguem) a delegação de poder decisório para os líderes, mais liberdade individual os parlamentares terão para tomar decisões independentemente do partido, o que obrigaria o governador a negociações individuais com os deputados (PEREIRA, 2014). A hipótese aqui é a de que quanto maior a pauta de direitos parlamentares do deputado médio e menor o poder de agenda das lideranças e do presidente, menor é o grau de colaboração do primeiro com relação às proposições legislativas enviadas pelo Executivo. (SANTOS, 1997). O Quadro 5 compara os regimentos internos da ALERJ e da Câmara dos Deputados, quanto às regras internas de dispersão de poder:

Quadro 5 – Comparação entre os poderes de agenda das lideranças partidárias da Câmara dos Deputados e da ALERJ

	<b>Lideranças partidárias na Câmara dos Deputados</b>	<b>Lideranças partidárias na ALERJ</b>
<b>Colégio de Líderes</b>	Sim	Não
<b>Controle de emendas do Plenário</b>	Sim	Não
<b>Indicação para Comissões</b>	Sim	Sim

Fonte: Santos, 2001.

A primeira questão que devemos notar é a inexistência de um Colégio de Líderes na ALERJ. Trata-se de um órgão auxiliar à Mesa Diretora, criado pelo Regimento Interno após a promulgação da Constituição Federal de 1988, composto pelo Presidente da Câmara, líderes da Maioria, da Minoria, dos Partidos e dos Blocos Parlamentares<sup>62</sup>. Dentre as funções deste

<sup>62</sup> Os Líderes de Partido que participam do Bloco Parlamentar e o Líder do Governo têm direito a voz, mas não a voto. Somente os partidos com mais de 1/100 (isto é, para a Câmara dos Deputados, 6 parlamentares) da representação têm assento neste Colégio.

colegiado está a elaboração, juntamente com o Presidente da Mesa, da agenda com a previsão das proposições a serem apreciadas no mês subsequente, em conformidade com a qual o Presidente designa a Ordem do Dia. No Brasil, dos 26 estados, oito (30,8%) têm o Colégio de Líderes, outras seis falavam em “reunião de líderes”.

Figueiredo e Limongi (1996) estudam os efeitos políticos do Colégio de Líderes sobre o funcionamento da Câmara dos Deputados. Seu argumento principal é que o Colégio acaba por centralizar os trabalhos legislativos em mãos das lideranças partidárias, fazendo com que o processo legislativo seja controlado por um número restrito de parlamentares e convergindo quase exclusivamente para o Plenário, em detrimento do trabalho das comissões. O processo decisório no legislativo federal brasileiro seria caracterizado por uma alta centralização dos trabalhos legislativos em torno da Mesa Diretora e do Colégio de Líderes (FIGUEIREDO; LIMONGI, 1999).

Embora formalmente as Comissões Permanentes sejam dotadas de poderes que teoricamente possibilitariam maior influência do parlamentar individual, a ação do Colégio de Líderes e da Mesa neutraliza este poder, seja através dos pedidos de urgência (retirando das comissões os projetos encaminhados à sua apreciação), seja através da participação nos trabalhos das comissões (encaminhando votação ou requerendo verificação de *quorum*) (art. 9º, § 4º, Regimento Interno da Câmara dos Deputados); ou pelo controle exercido pela Mesa, encarregada de definir os projetos que, aprovados nas comissões, entrarão ou não na Ordem do Dia. Com base nesse critério, Santos (2001) afirma ser possível concluir que a estrutura da Câmara é mais centralizada que a da ALERJ.

A organização coletiva dos deputados fluminenses fica a cargo da Mesa Diretora, que estabelece os padrões mínimos de delegação necessários para o funcionamento da Casa. Contudo, os poderes de proposição e controle da agenda são compartilhados com as Comissões Legislativas, garantido oportunidades para que um número maior de parlamentares possa influir no trabalho legislativo.

A distribuição dos cargos também indica razoável distribuição de poder (GRAÇA, 2016). A ALERJ, até 2014, era composta por 70 deputados. A Mesa Diretora da ALERJ é composta pelo Presidente e mais 12 cargos, entre Vice-presidentes, Secretários e Suplentes. Como os integrantes da Mesa não podem ser designados para comissões, restavam 57 deputados para ocuparem a mais de 30 presidências das comissões permanentes da Casa, além das vagas restantes<sup>63</sup>.

---

<sup>63</sup> Cada Comissão Permanente é composta por sete parlamentares.

Uma vez que o trâmite legislativo se desenrola largamente nas comissões permanentes, o controle de cargos estratégicos nesses órgãos é essencial para a diminuição dos custos de negociação do Executivo. Se bem que o cargo mais importante e disputado seja, sem dúvida, o de Presidente da Assembleia, as presidências da Comissão de Constituição e Justiça (CCJ), da de Orçamento e Finanças (COF) e, no caso tratado nesse trabalho, da Comissão de Saúde (CS) também oferecem oportunidades para a ação estratégica contra o Executivo.

Os projetos de lei são encaminhados para as comissões pertinentes, nas quais os deputados podem propor substitutivos, emendas e subemendas ao projeto de lei. Se todas as comissões responsáveis pela análise de determinada proposição emitirem parecer contrário, ela é arquivada. O mesmo acontece em caso de parecer contrário da CCJ. Cada comissão aprecia o projeto no prazo de 14 dias e o encaminha para a comissão subsequente. Caso seja aprovado requerimento no sentido de que a tramitação se dê em regime de urgência, este prazo reduzido para 3 dias e a matéria apreciada ao mesmo tempo por todas as comissões. Havendo requerimento, as Comissões podem realizar reunião conjunta para emitir parecer sobre matéria, agilizando os procedimentos necessários apreciação da proposição em plenário. Em votações mais difíceis, nas quais o governador não tenha o controle das comissões, é comum que ele negocie com a presidência da Casa a tramitação em regime de urgência, diminuindo a possibilidade de atuação de parlamentares individuais nessa etapa do processo legislativo.

O segundo critério para verificar a centralização de poder no Legislativo é o controle das emendas em plenário.<sup>64</sup> Na ALERJ, todos os parlamentares podem apresentar emendas, excetuando as substitutivas, que são restritas às comissões. Além disso, as matérias que tramitam em regime de urgência podem sofrer emendas de qualquer deputado, desde que apoiado por outros três parlamentares. Situação muito diferente da Câmara dos Deputados, na qual emendas neste caso só poderão ser apresentadas com apoio de 1/10 dos deputados ou pelos líderes de bancada. Outro fator que descentraliza o poder decisório da ALERJ é o fato de que, ao contrário da Câmara, as lideranças da Assembleia não possuem, no caso de matérias em trâmite urgente, poder sobre o destino das emendas apresentadas.

Desta forma, é possível dizer que os líderes partidários possuem menos ferramentas de controle sobre o processo legislativo na ALERJ, quando comparada com a Câmara dos Deputados. Este é um fator importante para o relacionamento entre Legislativo e Executivo, uma vez que quanto mais descentralizado é o processo, maiores são o tempo e os recursos gastos

---

<sup>64</sup> Sobre a importância do controle dos pedidos de emenda no processo legislativo brasileiro, ver Figueiredo & Limongi, 1998.

pelo governador na barganha política, o que fará com que a tendência de controle recaia apenas nas questões de interesse prioritário para o governo.

O problema que se coloca ao governador do Rio de Janeiro é como garantir apoio às suas propostas quando a negociação com líderes parlamentares produz resultados limitados. Santos (1997) argumenta que existem dois recursos básicos mediante os quais uma coalizão de apoio pode ser formada ou mantida: utilização estratégica da patronagem e poder de agenda.

Como já vimos, o poder de agenda do Executivo e das lideranças partidárias não é muito alto na ALERJ, seja em razão das poucas prerrogativas legais exclusivas do governador, seja pela estrutura descentralizada da Casa. Assim, o instrumento do governador para garantir a aprovação de seus projetos seria a utilização de “pagamentos paralelos”, cujos meios lícitos vão desde a oferta de cargos do Executivo<sup>65</sup> (em diferentes níveis de decisão) aos parlamentares até a liberação de verbas para suas bases eleitorais (PEREIRA, 2014).

O uso de patronagem será maior em casos de pouca coesão ideológica da bancada do governo. Apesar de ser irreal supor que em sistemas multipartidários uma coligação se sustente única e exclusivamente com base na afinidade programática (LEISERSOM, 1970 apud SANTOS, 1997), é razoável supor que se a coalizão eleitoral do governador apresentar identidade ideológica com suas medidas, o número de votos negociados com deputados individuais será menor e o custo de aprovação do projeto mais baixo<sup>66</sup>.

#### 5.3.4 Pagamentos paralelos, recursos orçamentários e royalties

Em resumo, podemos dizer que em razão da alta competitividade eleitoral, das regras internas da ALERJ que dispersam poder e do baixo poder de agenda do Executivo, a aprovação das propostas do governador vai depender da capacidade deste último de realizar pagamentos

---

<sup>65</sup> Apesar de o senso comum considerar a “compra” ilícita de apoio parlamentar como o meio mais comum de pagamento paralelo, não devemos desconsiderar a importância da distribuição de cargos e liberação de verbas. De acordo com Santos (1997), os deputados brasileiros procuram maximizar seu acesso a cargos governamentais. Isso aconteceria porque, em contextos de razoável distorção entre o peso parlamentar dos partidos e seu real poder de barganha, como acontece em sistemas multipartidários nos quais o apoio de pequenos partidos e a mudança de posicionamento de alguns poucos deputados são decisivos para o destino do apoio governamental no Parlamento, o comportamento legislativo dos agentes será marcado pela ação estratégica em busca de cargos (STROM, 1990). Por outro lado, a própria tendência ao voto eleitoral personalizado explica a importância da distribuição de recursos a serem aplicados nas bases eleitorais.

<sup>66</sup> A coalizão estabelecida por meio de patronagem, por sua feita, mantém-se até o momento em que o valor dos benefícios obtidos pela participação na coalizão for igual ou superior ao valor esperado pela obtenção de cargos que derivam da adesão a outras coalizões potenciais (LEISERSOM, 1970 apud SANTOS, 1997). Portanto, o custo para a formação deste tipo de coalizão tende a ser maior nos últimos anos do mandato do Chefe do Executivo.

paralelos aos deputados. Entretanto, as políticas de ajuste fiscal dos anos 1990, a crise da dívida dos estados, a privatização dos bancos estaduais e das companhias estatais, bem como a descentralização de diversas políticas sociais afetaram a capacidade dos Executivos estaduais de realizarem distribuição de recursos em troca de apoio parlamentar (GRAÇA, 2016).

A implantação do Plano Real, com a vinculação da moeda nacional ao Dólar, sobrevalorizou o Real e gerou um déficit em conta corrente que foi coberto por investimentos estrangeiros, atraídos pela alta taxa de juros e pelas políticas de austeridade. Para contribuir com o superávit do governo federal, foi criado o Fundo Social de Emergência (FSE), mais tarde chamado Desvinculação de Receita da União (DRU), que desvinculava 20% da arrecadação da União de suas despesas estabelecidas pela CF/88. Esse mecanismo afetou o repasse de recursos para os Fundos de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM). Outras medidas foram adotadas como, por exemplo, maior rigor na aprovação de endividamento estadual pelo Senado (LOUREIRO, 2001).

A manutenção dessas políticas levou as finanças estaduais a uma grave crise. Por um lado, a estabilização da moeda impedia que estados elevassem suas receitas artificialmente através do atraso de pagamentos no período de inflação alta (tornando o valor pago menor do que aquele acordado antes). Por outro, o aumento expressivo da taxa de juros fez com que o montante das dívidas estaduais crescesse em relação ao PIB (ABRUCIO, 2002). Nesse contexto de contingência orçamentária, a capacidade dos governadores de distribuir benefícios para as bases eleitorais é reduzida. Além disso, cria-se uma agenda cuja aprovação no Legislativo é urgente, o que direciona os recursos disponíveis para negociação de medidas de controle fiscal.

A possibilidade de negociação de cargos, por sua vez, foi afetada pela privatização de empresas e bancos estaduais. Segundo dados do Banco Central, 23 estados aderiram ao Programa de Incentivo a Redução do Setor Público Estadual na Atividade Bancária (PROES) e 10 bancos estaduais foram privatizados, o do Rio de Janeiro entre eles. Empresas estatais também foram privatizadas para pagar a dívida, principalmente nas áreas de telefonia e distribuição de energia elétrica. As privatizações implicam também a perda da possibilidade de utilizar o banco estadual e as empresas estatais para financiar regiões de interesse político e demandas de aliados (GRAÇA, 2016).

Como medidas adicionais de redução dos gastos estaduais, podemos citar a interpretação firmada no Supremo Tribunal Federal de que municípios e estados não têm competência residual em matéria tributária, ou seja, não podem criar novos tributos (ARRETCHE, 2009) e a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101/2000), que limita a capacidade de endividamento e gasto das unidades subnacionais.

Por fim, a descentralização de políticas sociais afeta a maneira como o governador pode utilizar recursos como moeda de troca. Isso ocorre, por um lado, porque os municípios ganharam independência com a implantação de transferências diretas pelo Governo Federal. Na saúde, o melhor exemplo é o Piso de Atenção Básica (PAB), criado pela Portaria GM 1882, de 18 de dezembro de 1997. O PAB consiste em recursos destinados exclusivamente à atenção primária, transferidos aos municípios de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, e conta com uma parte fixa, por meio da qual são realizados repasses automáticos com base em um valor *per capita* anual previamente fixado, e uma parte variável, cuja transferência é vinculada ao compromisso de implementação, pelo governo municipal, de uma série de programas específicos desenhados pelo Ministério da Saúde. A institucionalização do financiamento federal diminuiu a dependência financeira dos municípios de repasses estaduais, mitigando a influência do governador sobre os políticos locais (ABRUCIO, 2002).

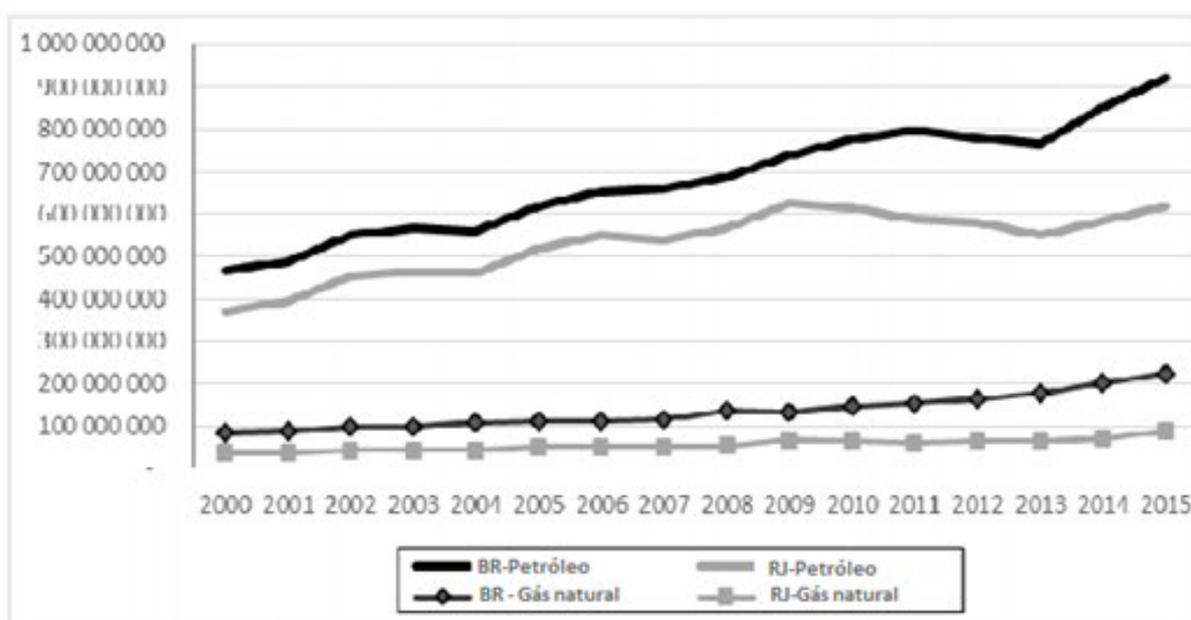
Por outro lado, com a aprovação da Emenda Constitucional 29/00, que definiu percentuais específicos da receita tributária para a aplicação na saúde (12% para estados e 15% para municípios), a área de manobra do governo estadual com seus recursos diminuiu. Após a aprovação da regulamentação desta emenda (Lei Complementar 141/12), o espaço para a utilização de recursos na saúde como forma de conseguir apoio eleitoral foi bastante reduzido, uma vez que foi proibida a utilização desses recursos em áreas correlatas (como saneamento básico, limpeza urbana, assistência social etc). Dessa forma, o papel dos estados tem sido delimitado cada vez mais por uma estrutura legal que os exime da prestação de serviços, mas que vincula partes consideráveis de suas receitas ao financiamento de políticas públicas cujo provimento é municipal.

Todas essas medidas diminuíram os recursos e aumentaram os custos da negociação com o Poder Legislativo. Apesar de, maneira geral, essas condições se manterem inalteradas, o governador Sérgio Cabral contou com um aumento inesperado e imprevisível de recursos originários de rendas do petróleo que alteraram o equilíbrio de força e os poderes de negociação no Estado.

A retomada do crescimento econômico do Estado do Rio de Janeiro, iniciada em meados da década de 1990, acelerou durante os anos 2000 e atingiu seu ápice entre 2010 e 2013. O dinamismo da economia fluminense era liderado, em grande parte, pela indústria de exploração e produção de petróleo e gás no norte do Estado, com repercussões em segmentos da indústria de transformações, como a naval, a siderúrgica e o setor petroquímico (CRUZ, 2016).

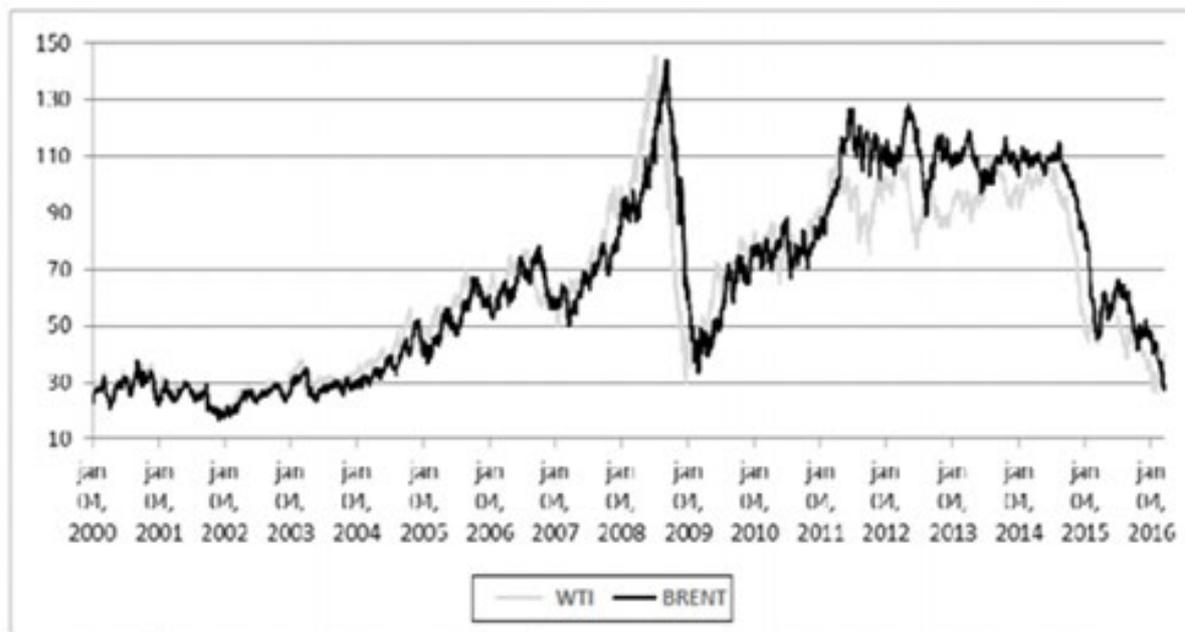
O incremento da produção associado à forte expansão dos preços internacionais do mercado de petróleo observados de início da década de 2000 até 2013, multiplicou por muitos dígitos a expectativa de ganho em curto e médio prazo. O Rio de Janeiro responde pela maior parte da produção de petróleo e gás e, por isso, consolidou-se como espaço dos maiores investimentos na cadeia petrolífera nacional, notadamente aqueles sob o comando da Petrobrás (SILVA; MATOS, 2016). Os gráficos 4 e 5 mostram, respectivamente, o aumento da produção e dos preços do petróleo no período considerado:

Gráfico 4 – Produção de Petróleo e Gás (bep). Brasil e Rio de Janeiro, 2000-2016.



Fonte: Agência Nacional do Petróleo, 2016.

Gráfico 5 – Evolução do preço do barril de petróleo (WTI/BRENT) no mercado mundial, 2000-2016 (em US\$)



Nota: WTI – referência de comercialização no mercado norte-americano. BRENT – referência de comercialização nos mercados europeu e asiático.

Fonte: Agência Nacional do Petróleo, 2016.

O Rio de Janeiro acompanha o crescimento da economia nacional tendo como motor a indústria petrolífera. Apesar de ter mantido sua participação no PIB nacional estável (mantendo a segunda posição, com 11,19% em 1995 e 11,16% em 2011), a composição do PIB estadual se alterou profundamente desde meados dos anos 1990. A participação da agropecuária, por exemplo, caiu de 0,81% em 1995 para 0,43% em 2011, e a indústria subiu de 19,55% para 30,39% no mesmo período. Desagregando-se os dados da produção industrial, vemos que a participação da indústria extrativa, monopolizada pela exploração e produção de petróleo, sobe de 1,25% para 14,49% (CEPERJ, 2013).

O impacto no orçamento público do estado e dos municípios que realizam ou de alguma forma são afetados pela exploração foi enorme. Especialmente após a Lei 9.478/97 ter estabelecido regras de repartição do valor das rendas do petróleo, estados e municípios passaram a contar com uma fonte impressionante de recursos. As rendas do petróleo dividem em bônus de assinatura (pagamento ofertado na proposta para obtenção da concessão que constitui receita da ANP), *royalties* (equivalem a 10% da produção e são pagos mensalmente a partir do início da exploração comercial do campo), participação especial (pagamento trimestral regulado pelo Decreto 2.705/98, deve ser pago em casos de grande volume de produção ou rentabilidade muito superior a vigente no momento do contrato) e taxa de ocupação ou retenção

da área (valor anual, fixado por quilômetro quadrado ou fração da superfície do bloco, pago ao proprietário – público ou particular – do terreno).

*Royalties* e participação especial correspondem a maior parte dos recursos recebidos pelos Estados. Para efeitos de distribuição dos *royalties*, a alíquota é dividida em duas partes, correspondentes a 5% da produção. No caso de exploração em terra, o estado recebe 70% da primeira parte e 52,5% do restante. No caso de produção em plataforma, o estado recebe respectivamente 20% de cada uma das parcelas da alíquota. A participação especial é dividida da seguinte forma: 42% para a União, 34% para os estados produtores, 5% para municípios e 9,5% para um fundo especial, a ser distribuído entre todos os estados e o Distrito Federal (ver Quadro 6)<sup>67</sup>.

Quadro 5 – Distribuição das receitas do petróleo (*royalties* e participação especial)

	Royalties		Participação Especial
	TERRA	MAR	
<b>5% (Contrato de concessão)</b>	70% Estados Produtores 20% Municípios produtores 10% Municípios afetados	20% União 20% Estados produtores 17% Municípios Produtores 3% Municípios afetados 20% Fundo Especial Estados/DF 20% Fundo Especial Municípios	42% União 34% Estados produtores 5% Municípios produtores 9,5% Fundo Especial Estados/DF
<b>5% (Excedente)</b>	25,5% União 52,5% Estados produtores 15% Municípios produtores 7,5% Municípios afetados	20% União 20% Estados produtores 17% Municípios produtores 3% Municípios afetados 20% Fundo Especial Estados/DF 20% Fundo Especial Municípios	

Fonte: Lei 9.478 de 1997, 2017.

A Tabela 8, mostra a receita do petróleo no Estado do Rio de Janeiro entre 2000 e 2016 em valores corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC). Podemos observar um crescimento constante do início da década até 2013 e uma queda acentuada a partir de 2015. A parte os ganhos fora da curva no ano de 2008, decorrentes do pico histórico no preço do barril do petróleo naquele ano, vemos que a arrecadação é maior justamente entre 2011 e 2013.

<sup>67</sup> Estes valores foram estabelecidos pela Lei 12.734/12 e podem ser diferentes daqueles correspondentes às receitas efetivamente apuradas no período dessa pesquisa.

Tabela 8 – Royalties e Participações Especiais do Petróleo, em valores correntes e corrigidos pelo INPC (em R\$). Estado do Rio de Janeiro, 2000-2016.

	<b>Royalties</b>	<b>Part. Especiais</b>	<b>Valor Corrente Total</b>	<b>Valor Total Corrigido (INPC)</b>
<b>2000</b>	367.806.085,64	539.174.483,76	906.980.569,40	2.471.039.929,44
<b>2001</b>	461.457.781,38	635.258.988,91	1.096.716.770,29	2.771.724.700,61
<b>2002</b>	671.655.955,61	1.361.096.921,16	2.032.752.876,77	4.537.326.628,68
<b>2003</b>	907.744.089,66	1.890.141.612,54	2.797.885.702,20	5.502.736.251,53
<b>2004</b>	1.041.661.371,24	2.238.870.557,61	3.280.531.928,85	6.067.798.703,34
<b>2005</b>	1.318.598.335,87	2.757.662.667,83	4.076.261.003,70	7.150.655.329,17
<b>2006</b>	1.646.731.932,95	3.457.254.302,05	5.103.986.235,00	8.706.833.379,16
<b>2007</b>	1.563.533.881,34	2.910.040.780,63	4.473.574.661,97	7.295.157.615,42
<b>2008</b>	2.262.773.793,72	4.332.497.856,72	6.595.271.650,44	10.073.673.980,45
<b>2009</b>	1.709.375.458,87	4.063.025.042,48	5.772.400.501,35	8.388.938.291,10
<b>2010</b>	2.026.613.392,90	3.740.811.681,32	5.767.425.074,22	7.993.140.444,43
<b>2011</b>	2.469.045.877,30	4.842.268.744,96	7.311.314.622,26	9.494.314.825,16
<b>2012</b>	2.963.581.531,90	5.454.346.520,35	8.417.928.052,25	10.370.670.856,71
<b>2013</b>	2.982.024.867,90	5.246.988.925,09	8.229.013.792,99	9.546.293.778,55
<b>2014</b>	3.213.771.454,00	4.981.104.037,77	8.194.875.491,77	8.963.331.123,08
<b>2015</b>	2.308.763.476,40	2.555.455.869,98	4.864.219.346,38	4.910.538.921,18
<b>2016</b>	1.779.775.660,90	775.044.341,40	2.554.820.002,30	2.554.820.002,30

Fonte: Sistema InfoRoyalties, calculado a partir de informações da ANS e IBGE, 2017.

A natureza jurídica desses recursos, no que tange a sua inscrição orçamentária, é de receita corrente patrimonial. Isso significa que são considerados contraprestações pelo direito de uso de um bem público, de forma similar ao aluguel de um imóvel ou concessão dos direitos de exploração de um porto ou estrada. A principal consequência desta qualificação é que esses recursos não são vinculados a nenhum tipo de gasto específico, seja o mínimo constitucional para saúde e educação, seja as limitações para utilização de receitas de capital<sup>68</sup>. Ou seja, esses recursos estão livres para serem utilizados pelo governador. Esse fator é ainda mais interessante se considerarmos que em 2011 houve excesso de arrecadação extra orçamentária de mais de

<sup>68</sup> Apesar de essa classificação ser a que prevalece no Brasil, existem autores que pensam ser mais adequado considerar as rendas do petróleo como receitas de capital, oriundas da alienação de um bem público. Essa modificação seria coerente, para essa corrente, porque se trata de um recurso não renovável, cuja exploração significa perda efetiva para o Estado. A situação seria diferente, por exemplo, da exploração de um porto ou de uma estrada, pois esses bens podem ser reconstruídos caso se deteriorem com o uso. A principal consequência da classificação como receita de capital é que *royalties* e participações especiais só poderiam ser aplicados em despesas de capital, ou seja, basicamente em investimentos ou inversões financeiras, de acordo com o art. 44 da Lei de Responsabilidade Fiscal. Isso restringiria seu uso direto para o custeio da atividade estatal, reservando o principal e aplicando somente os ganhos de capital para financiar as atividades normais do Estado. Para mais sobre o tema ver: FERNANDES (2016).

1,5 bilhão para esse tipo de recurso (de acordo com a Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2011 a arrecadação prevista era de R\$ 5.764.080.106,00), implicando em maior margem de execução dos gastos para o Poder Executivo, podendo ser convertido em crédito adicional ou ser usado para aumentar o superávit primário.

Verdade que existem algumas limitações legais para o uso desses recursos. A impossibilidade de utilizá-los para pagamento de dívidas ou pessoal (Lei 7.990/89) e a destinação exclusiva de parte deles para energia, pavimentação de rodovias, abastecimento e tratamento de água, irrigação, proteção ao meio ambiente e em saneamento básico (Decreto 01/91) são as principais delas. No entanto, essas regras perderam força no emaranhado legislativo que trata do orçamento público e do petróleo. Por um lado, a limitação de uso dos recursos para pagamento de pessoal foi largamente superada, conforme entendimento comum dos Tribunais de Contas dos Estados<sup>69</sup>, que consideram que esses valores integram a Receita Corrente Líquida para fins de cálculo do limite de gastos com pessoal, nos termos da Lei de Responsabilidade Fiscal. Por outro, a destinação específica ficou restrita às receitas provenientes dos 5% de *royalties* do contrato de concessão, deixando de fora os 5% excedentes e as participações especiais.

Considerando o cenário de aumento de rendas do petróleo e excesso de arrecadação entre 2011 e 2013, é plausível argumentar que nesse período o Governador Sérgio Cabral teve a sua disposição recursos sem vinculação orçamentária e em montante mais que suficiente para utilizar como moeda de troca em suas negociações com os deputados estaduais através de pagamentos paralelos. A hipótese com a qual trabalhamos é que essa possibilidade afetou o equilíbrio da relação entre Executivo e Legislativo no período, permitindo que o governador aprovasse a controversa proposta de gestão privada de serviços públicos.

Uma análise mais extensa da produção legislativa em saúde na ALERJ parece confirmar a mudança na relação entre os Poderes. Gerschman e Castanheira (2016), em pesquisa que envolveu toda a produção da Casa em saúde no período 2003-2011, encontraram padrões de comportamento bastante distintos entre os governos de Rosinha Matheus e Sérgio Cabral, e mais ainda entre o primeiro mandato de Cabral e o que foi possível observar de seu segundo mandato. Os dados sugerem que, principalmente a partir de 2011, Sérgio Cabral foi capaz de criar uma agenda paralela a dos deputados na área da saúde, voltada para o fortalecimento de suas relações com o Executivo Federal e para a criação de uma modelo de assistência apenas formalmente ligado ao SUS, baseado nas UPAs. Isso não significa que a agenda parlamentar

---

<sup>69</sup> Com as notáveis exceções de Espírito Santo e Paraná.

tenha desaparecido, ela continua forte e autônoma naquilo que não é de interesse prioritário do governador. Vale dizer, a autonomia da ALERJ não significa uma produção mais relevante ou comprometida com o SUS. Na verdade, os projetos de lei com origem no Legislativo revelam desconhecimento quanto à estrutura do SUS e seus mecanismos de pactuação.

### 5.3.5 O processo de negociação da Lei das OSs

No Estado do Rio de Janeiro, a estratégia de formação de uma coalizão abrangente combinada com a baixa concentração de poderes proativos do governador e uma estrutura interna da ALERJ que dispersa poder tende a aumentar os custos de negociação das decisões legislativas. A barganha política é em geral realizada individualmente e envolve pagamentos paralelos aos parlamentares. O Executivo, em razão das altas rendas do petróleo no período considerado, tinha os recursos necessários para aprovar sua agenda prioritária.

A gestão privada de serviços públicos é, todavia, uma medida polêmica. Movimentos sociais em saúde, partidos políticos de esquerda, o Ministério Público e o Tribunal de Contas do Estado já haviam pronunciado, ao longo dos anos, sua oposição a este tipo de projeto. Nesses casos, o ideal é que a bancada governista seja majoritária, disciplinada e que ocupe os cargos mais importantes da Casa Legislativa, controlando o trâmite das matérias (PEREIRA, 2014).

O governador Sérgio Cabral tinha, sem dúvida, uma bancada majoritária na ALERJ. No entanto, ela estava longe de poder ser considerada disciplinada. O Partido dos Trabalhadores (PT) e o Partido Democrático Trabalhista (PDT), que representavam 37% da bancada do governo (e cerca de 24% do Plenário), tinham posição nacional contra o projeto. Esses partidos haviam impetrado em 1998 Ação Direta de Inconstitucionalidade no STF (ADI 1923-MC/DF) contra a lei federal das Organizações Sociais (Lei 9.637/98), bem como contra o inciso XXIV, artigo 24, da Lei 8.666/93 (Lei das Licitações), com a redação dada pela Lei 9.648/98. O argumento principal é que esse tipo de medida criaria um regime paralelo na administração pública que iria contra os princípios da impessoalidade, da publicidade e da isonomia, em razão da dispensa de licitação para a contratação de serviços<sup>70</sup>.

---

<sup>70</sup> A ação foi julgada parcialmente procedente em 2015 pelo STF. O voto condutor foi o do Ministro Luiz Fux que considerou que, embora o regime de contratação com dispensa de licitação das Organizações Sociais não afronte a CF, elas devem observar os princípios da administração pública de impessoalidade e publicidade, fato a ser garantido pelo escrutínio anual do Tribunal de Contas. O relator da ADI, ministro Ayres Britto (aposentado), ficou parcialmente vencido. Os ministros Marco Aurélio e Rosa Weber julgavam procedente o pedido em maior extensão, impondo a necessidade de licitação.

O governador poderia presumir que pelo menos parte dos deputados de partidos aliados votaria contra a proposta por motivos programáticos. Observando o andamento do projeto de lei 767/2011 e as falas proferidas em Plenário, podemos ver que além de tentar garantir o apoio dos partidos aliados (existem registros de reuniões com o Secretário de Saúde Sérgio Côrtes sobre o tema), o governador procurou estender a negociação para além de sua base. Existem registros de que o líder do Governo na Casa, deputado André Corrêa (PPS), realizou reuniões com diversos parlamentares individualmente. Essa estratégia pode ter gerado um aumento ainda maior dos custos de negociação, uma vez que os parlamentares podem se aproveitar do enfraquecimento do governo para pressionar o Executivo por maiores concessões em troca de seu apoio.

Considerando a possibilidade de uma bancada indisciplinada, o governador Sérgio Cabral determinou a tramitação do projeto em regime de urgência, buscando uma aprovação rápida. Isso garantiu a pouca exposição dos conteúdos da proposta, seja na arena interna (para os próprios deputados), seja na externa (para a sociedade, por intermédio dos movimentos sociais, por exemplo). Vale lembrar que o regime de urgência, de acordo com a Constituição Estadual, pode ser solicitado unilateralmente pelo governador e restringe o processo legislativo a 45 dias (art. 114 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro). A nomeação dos relatores nas comissões é imediata (art. 51 do Regimento Interno da ALERJ) e os prazos para emissão de parecer são de apenas 3 dias (art. 47, I, Regimento Interno da ALERJ).

Além do trâmite urgente, o governo buscou diminuir os custos de transação por meio do controle de cargos estratégicos no Legislativo. O governador Sérgio Cabral efetuou manobras políticas para garantir que deputados de sua base aliada estivessem nos principais cargos da Mesa Diretora, que filtra e direciona os projetos para as comissões permanentes, além de criar comissões especiais. A Presidência da Casa ficou a cargo do deputado Paulo Melo (PMDB), a 1ª Vice-Presidência com Edson Albertassi (PMDB), a 2ª Vice-Presidência com Gilberto Palmares (PT), a 3ª Vice-Presidência com Paulo Ramos (PDT) e a 4ª com o único deputado que não fazia parte da base, Roberto Henriques (PR). O governo também garantiu duas das quatro secretarias, se bem que os suplentes pertencessem a oposição<sup>71</sup>. O partido do governador também garantiu a indicação dos presidentes das Comissões mais importantes: a Comissão de Constituição e Justiça (Rafael Picciani – PMDB) e Comissão de Orçamento

---

<sup>71</sup> 1º Secretário: Wagner Montes (PDT), 2º Secretário: Graça Matos (PMDB), 3º Secretário: Gerson Bergher (PSDB) e 4º Secretário Luiz Nanci (PPS). Suplentes: Samuel Malafaia (PR), Alexandre Corrêa (PRB), Gustavo Tutuca (PSB) e Bebeto (PDT).

(Coronel Jairo – PSC). São os presidentes que indicam os relatores nas comissões, cargo que se torna mais importante na medida em que diminui o tempo de apreciação das matérias.

Essas precauções do governador se mostraram úteis. O conteúdo controverso da medida se refletiu no resultado da votação nas comissões. Na CCJ e na Comissão de Orçamento a medida foi aprovada por 5 votos favoráveis e 2 contrários. Na Comissão de Saúde e na Comissão de Tributação e Controle foi rejeitado com 4 votos contrários e 3 favoráveis. Somente a Comissão de Servidores aprovou a medida de forma unanime.

A restrição a participação popular em razão do trâmite urgente é considerada pelos parlamentares como um dos fatores que mais beneficiam a posição do governo. Os líderes do PT, PDT, PSOL e PCdoB fizeram em seus discursos veemente denúncia desta postura do Governador. Na fala do deputado Gilberto Palmares (PT):

*[...] um projeto dessa natureza, dessa importância, numa área estratégica como a Saúde, no meu entendimento não deve vir ao plenário sem que antes a Casa acolha a população, a sociedade civil, as entidades sindicais, os especialistas na área através de uma audiência pública o debata. Contra o Projeto, pelo debate com a população e pelo debate com todos os setores aqui dentro da Casa (PALMARES, PT, 2011).*

Os deputados contrários ao projeto parecem acreditar que o adiamento da votação e realização de audiência pública fariam com que o governo perdesse uma parte do apoio que angariou dentro dos partidos de esquerda que compõem a base. Aqui se mostra relevante novamente o controle sobre os principais cargos da Mesa Diretora, que rejeita essas medidas e determina a continuidade da votação.

Mantida a votação, o principal indicador da controvérsia da medida e, por conseguinte, dos custos para sua aprovação é o número de emendas apresentadas em Plenário. O Projeto de Lei original enviado pelo Executivo tem apenas 46 artigos, mas recebeu 307 propostas de modificação dos parlamentares. Dessas emendas, 135 partiram dos partidos da coligação aliada ao governador, especialmente do PT, 8 do próprio PMDB e 164 dos partidos de oposição, com destaque para PSDB, PR e PSOL.

O volume de emendas espanta, mas seu conteúdo gira em torno de soluções alternativas para quatro problemas principais identificados pelos deputados na proposta enviada pelo Executivo: a relação ambígua com as seguradoras de saúde, a concentração de poderes na SES, a dispensa de processo licitatório, a precarização do trabalho em saúde. Quanto ao primeiro ponto, o PT apresentou emenda para deixar claro que as OSs não podem vender serviços

concomitantemente para o Estado e as seguradoras de saúde. O objetivo desta medida é impedir que o gestor privado utilize recursos públicos para prestar serviços às seguradoras de saúde<sup>72</sup>.

A redação original do Projeto 767/2011 previa que o mesmo ator (Secretário de Saúde) defere a qualificação da entidade como organização social (art. 4º), realiza o processo seletivo para a escolha da proposta de trabalho (art. 10), supervisiona a execução do contrato de gestão (parágrafo segundo do art. 8º) e, ainda, fiscaliza o cumprimento do contrato de gestão (art. 19). Diversos partidos apresentaram emendas com o objetivo de tornar o projeto mais adequado aos princípios da administração pública. O PSDB propõe a criação de uma comissão especial para a realização do processo seletivo, bem como a apresentação de um relatório financeiro detalhado anual. PT propõe a criação de uma comissão independente para a supervisão do contrato (com os membros indicados pelo CES-RJ) e a delegação da fiscalização ao TCE. O PSOL propôs que a supervisão e avaliação ficassem por conta do CES-RJ, enquanto que o PCdoB sugeriu a criação de diversas comissões especiais com membros da gestão e representantes dos trabalhadores.

A falta de licitação para a seleção das Organizações Sociais foi objeto de emendas do PT, PSDB, PDT, PSOL, PCdoB, PR e PTN. As emendas do Partido da República foram no sentido de adequar o processo de seleção às regras básicas da Lei de Licitações (Lei 8.666/93): impedimento de licitação com concorrente único, prazo de contratação, publicação de edital de licitação, publicação do resultado do processo seletivo etc.

A preocupação com a precarização das relações de trabalho foi objeto de emendas do PCdoB e do PT. O primeiro partido buscava, por exemplo, a equiparação salarial entre todos os trabalhadores que prestavam serviços de saúde (fossem eles funcionários públicos, funcionários das OSs ou terceirizados), que entidades com passivo trabalhista não pudessem ser classificadas como OSs nem fazer parte do processo licitatório, delimita um tempo mínimo de existência de 3 anos, bem como um patrimônio mínimo, para a qualificação como Organização Social de Saúde. O PT também apresentou emenda no sentido de não permitir a qualificação como OS para entidades com dívidas trabalhistas ou previdenciárias, e acrescenta a exigência de que a sede da empresa seja no Estado do Rio de Janeiro.

---

<sup>72</sup> A preocupação pode parecer estranha, mas em 2009 a Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo votou e aprovou a reserva de 25% dos leitos dos hospitais geridos por OSs para pacientes de planos de saúde e particulares. A medida foi vetada pelo Executivo, preocupado com aspectos formais do projeto. Em 2010, o tópico foi novamente encaminhado pelo Executivo e enfim aprovado como a Lei Complementar 1.131/10. Entidades civis entraram com ação no Ministério Público Estadual, que emitiu liminar suspendendo a reserva de leitos para o mercado. O Executivo entrou com recurso, que foi julgado improcedente em 2012. A Lei Complementar 1.243/14 consolidou a decisão de excluir o atendimento ao mercado.

Apenas 37 emendas foram aprovadas de acordo com parecer da CCJ, que limitou bastante as alterações realizadas pelos parlamentares. No projeto finalmente votado na Assembleia, os ganhos dos opositores foram, no máximo, moderados. O atendimento exclusivo aos usuários do SUS foi um ganho importante (art. 9º, I). Foi estabelecida também a necessidade de realização de processo licitatório para a seleção das OSs, mas este pode ser dispensado com uma simples justificativa nos autos do processo administrativo. Os fatores que ensejam a dispensa são vagos, a simples referência a maior eficiência ou economicidade são aceitos como razão. A possibilidade de licitação com concorrente único também não foi alterada.

O CES-RJ foi incluído como órgão supervisor dos contratos de gestão, mas sua função é quase subsidiária a da SES-RJ. Ele também não participa da designação dos membros da Comissão de Avaliação, que fica a cargo exclusivamente do Secretário de Saúde. O TCE foi incorporado como órgão de fiscalização dos resultados financeiros, mas não opina sobre os valores e metas contratados.

A incorporação do CES-RJ como instância de controle social é apresentada pela bancada governista como solução para os problemas de legitimidade do projeto de lei. Essa posição é a adotada pelos partidos de fora da coligação eleitoral que votam a favor do projeto:

*A bancada do PT apresentou uma boa Emenda, acolhida no texto original: as Organizações Sociais com plano de gestão. E nós também apresentamos a questão do Conselho Estadual de Saúde, que passa a ser, com a Emenda que defendemos, um órgão que acompanhará, junto à Secretaria de Estado de Saúde, o desempenho de cada OS.*

*Além da Assembleia no seu controle externo; além do Tribunal de Contas, no seu controle externo, nós teremos o Conselho Estadual de Saúde, com 28 assentos – 28 membros representantes da sociedade organizada e dos movimentos sindicais.*

*Agora, o que é melhor: um PSF [Programa de Saúde da Família] com um plano de gestão acompanhado pela sociedade ou um PSF do jeito que está, com um funcionário precarizado, terceirizado e sem nenhum compromisso com a atividade pública? (BITTENCOURT, PPS, 2011).*

A conclusão parece ser de que a atuação do Conselho e do TCE tornam o modelo privado superior ao público. Isso ignora, é claro, que o modelo público também passa por esses dois tipos de crivo sobre suas contas e atuação. As alterações com inclusão do controle social fazem com que o projeto de lei ganhe legitimidade suficiente para ser aprovado pelos deputados, inclusive aqueles da coligação aliada cuja posição nacional é contra o projeto, na fala do Deputado Zaquie Teixeira (PT):

*Deixo bem claro que a função fiscalizadora foi mantida com a ampliação da fiscalização pelo Tribunal de Contas e pelo Conselho de Saúde. Isso fez com que o Projeto fosse aperfeiçoado pelo Parlamento, permitindo o voto favorável, porque prevê a universalidade do SUS, a garantia ao servidor dos seus direitos e o controle da sociedade, do Tribunal de Contas e da Alerj (TEIXEIRA, PT, 2011).*

A ironia de que o Governo utilize o controle pelo CES-RJ como prova de seu comprometimento com a transparência das contas públicas não pode ser perdida, uma vez que o projeto de lei em questão não foi apresentado àquele conselho previamente e dados apontam que o Governador e a SES-RJ controlam a pauta e a agenda de decisões desse colegiado.

O projeto foi votado com essas modificações em uma sessão bastante tensa. Movimentos sociais foram impedidos de entrar na ALERJ, que foi cercada pelo Batalhão de Choque da Polícia Militar para impedir manifestações. Existem registros de deputados agredidos quando entravam no Palácio Tiradentes, antes do início da votação. As modificações foram suficientes para dissipar as divergências na base e o resultado foi o esperado, o projeto foi aprovado por 45 votos a 12<sup>73</sup>.

Considerando o processo de aprovação da Lei de Organizações Sociais, podemos dizer que a ALERJ de fato apresenta um comportamento autônomo frente ao Executivo, principalmente em razão dos altos custos envolvidos na negociação individual com parlamentares. No entanto, essa autonomia só existe quando os projetos, como em geral ocorre na área da saúde, não são considerados prioritários pelo Governador. A mobilização dos recursos disponíveis pela alta do preço do barril de petróleo no período garantia ao Chefe do Executivo suficiente poder de barganha para aprovar seus projetos, mesmo frente à dispersão da base aliada.

---

<sup>73</sup> Votaram contra Inês Pandeló e Gilberto Palmares (PT), Marcelo Freixo, Janira Rocha e Luiz Paulo (PSOL), Clarissa Garotinho e Miguel Jeovani (PR), Paulo Ramos e Wagner Montes (PDT), Lucinha (PSDB), Enfermeira Rejane (PCdoB) e Flavio Bolsonaro (PP).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi desenvolvido tendo em vista duas inquietações pessoais, uma de cunho político e outra metodológica. Em primeiro lugar, ele reflete a preocupação com os rumos da saúde pública no Brasil e, mais especificamente, com o relacionamento cada vez mais intrincado entre os setores público e privado no Estado do Rio de Janeiro. A realização de uma extensa pesquisa sobre a gestão estadual de saúde entre 2003 e 2011, coordenada pela professora Silvia Gerschman na ENSP e na qual tive o privilégio de participar, jogou luz sobre processos decisórios antes obscuros e levantou dados que apontavam para ligações promíscuas entre o Executivo e o setor privado na saúde.

Isso não soa surpreendente hoje que tanto o Governador Sérgio Cabral quanto seu Secretário de Saúde Sérgio Côrtes estão presos acusados de desvio de verbas e corrupção (ativa e passiva) inclusive – mas não apenas – na área da saúde. Contudo, há cinco anos, quando a análise primária dos dados foi concluída, parecia desconcertante que o Governador e o Secretário pudessem levar a frente, apesar de toda a oposição, um projeto de gestão privada de serviços públicos tão obviamente voltado para ganhos particulares no futuro.

As Organizações Sociais de Saúde não são, por si mesmas, um problema. Apesar de ser questionável se são capazes de cumprir seus objetivos de economicidade e eficiência, elas constituem forma juridicamente legal de organização da administração. Ideologicamente, é claro, elas constituem muito mais do que isso. A delegação da gestão dos serviços públicos para entidades privadas, mesmo que nominalmente filantrópicas, retira o caráter político e de transformação social que a RSB conferia ao direito à saúde.

Considerando apenas seus aspectos formais, o modelo de OSs se distingue pela transferência da administração de unidades de saúde estaduais ao setor privado sem fins lucrativos, numa relação mediada por um instrumento jurídico específico, o contrato de gestão. Esse instrumento estabelece uma série de cláusulas a respeito da quantidade e do *rol* de serviços a serem disponibilizados pela entidade gerenciadora na unidade correspondente. Assim, o modelo pode ser definido como uma modalidade de terceirização da administração junto ao setor privado mediante aquilo que vem sendo denominado *contratualização* (VECINA NETO; MALIK, 2007).

As OSs no Rio de Janeiro, no entanto, se distinguem por sua pouca estrutura, transparência e controle. Diante deste cenário, a questão de pesquisa passou a ser entender as circunstâncias, os atores envolvidos no processo de negociação e os recursos mobilizados pelo

Governador Sérgio Cabral para aprovar uma medida que contava com oposição de importantes partidos da base do governo na ALERJ, uma sociedade civil contrária mobilizada e uma postura reticente do MPERJ e do TCE.

A segunda inquietação que permeou a realização deste trabalho foi de cunho metodológico. Grande parte da literatura atual sobre formulação de políticas sociais em geral, e de saúde, em particular, sofre com a carência de uma perspectiva teórica que ajude a compreender o comportamento dos atores e elaborar as questões de pesquisa. Os argumentos acabam caindo em uma má utilização do modelo de escolha racional, no qual os interesses são definidos *a posteriori*, a partir do que foi de fato alcançado pelos participantes. Ou então em análises que consideram como as instituições afetam o comportamento individual, mas evitam pensar em como essas regras são, elas mesmas, resultados de um processo social e possuem, portanto, racionalidade própria. Ou seja, falta explicitar a cosmovisão que o pesquisador assume para levar a frente sua pesquisa. É essa perspectiva teórica que informa questões como: “*Quais são as questões admitidas?*”; “*Quem pode participar?*” e “*Como pode participar?*”. Dito de outra forma, quando a formulação de políticas é entendida como fruto de disputa, ela pressupõe uma reflexão sobre o poder – como é gerado, apropriado, distribuído e utilizado.

Existem, claro está, inúmeras maneiras de abordar essa questão. Nesta tese, isso foi feito por meio das noções de autonomia relativa e seletividade estrutural do Estado capitalista (OFFE; LENHARDT, 1984). Consideramos que as políticas sociais têm uma função de manutenção do Estado e que sua dinâmica de desenvolvimento diz respeito a uma estratégia estatal que busca realizar ao mesmo tempo a integração social (conciliando interesses antagônicos) e a integração sistêmica (relativa à consistência interna da administração estatal). A abrangência das políticas vai depender da correlação de forças entre as classes (ou pelo menos seus setores organizados), preservada a necessidade de acumulação do capital. Nesta perspectiva, os atores individuais e coletivos ganham contornos que nos permitem limitar seus interesses e sua abordagem aos problemas sociais.

Este tipo de exame nos ajuda a dar sentido ao comportamento dos participantes, mas diz pouco sobre o processo de políticas públicas em si. Para isso adotamos uma teoria alcance médio (MERTON, 1968) para organizar os dados empíricos. Uma teoria de alcance médio é necessária porque processos pré-decisórios de políticas públicas, em geral, permanecem território pouco explorado, caso ainda mais grave quando tratamos da formação das políticas brasileiras, em que predomina uma perspectiva jurídico-legal nos estudos. O modelo de múltiplos-fluxos (KINGDON, 1984) serviu de base para o desenvolvimento da análise dos

dados, principalmente em função de não organizar de forma sequencial as fases da política, tornando-o mais aproximado da estrutura decisória estadual.

A hipótese que sustentamos neste trabalho é que o empreendedor da mudança do tipo de gestão em saúde ocorrida no Rio de Janeiro foi o Governador Sérgio Cabral, que teria se beneficiado de uma janela de oportunidade aberta em um momento propício para a negociação com outros participantes da arena política estadual em razão do amotinamento dos bombeiros militares, o que permitiu que colocasse o problema da gestão da saúde no estado – problema em grande parte construído com a ajuda da mídia – na agenda do governo e, posteriormente, apresentasse como solução a gestão privada de serviços públicos – tese construída por uma comunidade epistêmica centrada no Banco Mundial e que contrasta com a até então vigente no Brasil, defendida pela Reforma Sanitária.

Sérgio Cabral e Sérgio Côrtes promovem uma sequência de reelaborações da gestão de serviços enquanto problema de saúde pública. Em primeiro lugar, entre 2006 e 2007 eles se desembaraçam da interpretação dos especialistas sobre a razão da precariedade de atendimento no território fluminense, qual seja, a baixa cobertura da atenção primária em saúde. Em seu lugar, eles enquadram a questão como um problema de deficiência da rede assistencial, principalmente de emergências. Isso abre espaço para a criação das UPAs e da revisão do papel do estado no SUS, de coordenador para prestador direto de serviços. Posteriormente, em 2011, quando os problemas de atendimento ressurgem em função do amotinamento do Corpo Militar de Bombeiros, a questão é novamente rearticulada como resultado da inabilidade da administração direta na prestação de serviços e controle de recursos humanos. A solução é a criação de Organizações Sociais de Saúde (OSs) para assumir a gestão. O Governador e o Secretário atuaram como mediadores dos interesses da classe capitalista frente ao Estado, utilizando seus recursos privilegiados para articular a questão da saúde de forma a compatibilizar o aumento de cobertura da rede pública com um setor privado prestador de serviços que representa importante interesse econômico.

Para fazer isso o Governador contou com a participação da mídia de massa. A análise das reportagens sobre gestão em saúde publicadas entre 2003 e 2011 nos três jornais de maior circulação no estado permitiu identificar que entre 2006 e 2007 a imprensa filtrou os temas e selecionou seu conteúdo para apresentar um cenário crítico e emergencial na gestão estadual de saúde, as razões para a crise neste período passam a ser ligados à falta de recursos físicos, como leitos emergenciais. Resolvido este problema, a mídia tem uma visão bastante favorável do governo Cabral. As reportagens sobre “crise” na saúde caem em termos absolutos e relativos a

partir de 2007. Mesmo assim, em 2011 a transição para o modelo privado de gestão é apresentada de forma positiva.

A aprovação do projeto teve que passar por três arenas de negociação que poderiam, cada uma a seu modo, funcionar como pontos de veto para a mudança do modelo de gestão. A primeira delas é a própria burocracia estatal. Se considerarmos que o Estado é relativamente independente da classe capitalista, a burocracia pode ter um papel importante na implementação de políticas sociais, desde que seja permeável aos interesses da classe subalterna. A permeabilidade da burocracia está associada duas ordens de fatores: variações nas relações entre o Estado e a classe dominante (autonomia) e variações no próprio aparelho estatal (capacidade burocrática) (RUESCHEMEYER; EVANS, 1985).

Isso não é fácil no Brasil que, em razão de seu processo de industrialização tardia, equalizou autonomia estatal com a criação de “anéis burocráticos”, ou seja, vínculos de caráter *ad hoc* e personalizados entre setores “insulados” da burocracia e representantes dos setores dinâmicos da economia. As políticas públicas promovidas pelo Estado incorporavam, portanto, interesses da sociedade civil e do mercado, no entanto, tal incorporação era excludente e seletiva, beneficiando segmentos restritos dos trabalhadores e interesses de segmentos dos capitais nacional e internacional (FARAH, 2001). A luta pela redemocratização rompeu parcialmente alguns destes vínculos, o que permitiu a criação do projeto contra hegemônico do SUS (SCOREL, 1999).

Em termos de capacidade burocrática, a SES-RJ tem um quadro administrativo extremamente vulnerável, como é possível observar analisando o padrão de recrutamento dos servidores dos cargos mais altos da Secretaria, bem como seus processos de promoção interna. Tais fatores são compensados apenas por uma forte cultura profissional advinda de um elevado grau de qualificação de técnicos e gestores, que permitem o desenvolvimento da política, mas não garante sua autonomia. A configuração do setor empresarial de saúde também não contribuiu para a autonomia da burocracia. Apesar de dividido em setores muitas vezes antagônicos (VIANNA, 2002), a própria diversidade e magnitude dos interesses em jogo direciona os grupos empresariais para *locus* de negociação diferentes. Enquanto as seguradoras de saúde concentram sua influência na esfera federal, através da ANS, os prestadores de serviços representam importante interesse econômico nos estados e municípios.

A pressão da classe trabalhadora no sistema público de saúde foi institucionalizada como participação social nos conselhos gestores de políticas públicas. O CES-RJ é uma instância decisória obrigatória na esfera estadual e poderia servir como ponto efetivo de canalização da insatisfação com o projeto de OSs. Contudo, a pesquisa não encontrou

evidências de que a mudança do modelo de gestão tenha sido sequer levada ao Conselho antes do projeto de lei ser enviado ao Legislativo. Características internas da implementação do SUS já fragilizam a posição dos conselhos gestores frente às instâncias de pactuação interfederativas (SANTOS; GERSCHMAN, 2006), mas a postura autoritária e pouco aberta ao diálogo da gestão Cabral e Côrtes fez com que o CES-RJ perdesse seu papel na formulação da política de saúde. Com efeito, o Conselho se apresenta como uma instância formal de aprovação da política e não como um espaço de participação social.

No caso da ALERJ podemos dizer que, em resumo, o processo de negociação entre o Executivo e o Legislativo para aprovação da administração privada de serviços públicos de saúde foi marcada pela posição contrária dos partidos de esquerda da base aliada, principalmente o PT. Isso elevou os custos para a aprovação do projeto porque, como a estrutura interna da ALERJ dispersa poder e existe muita competição eleitoral e pouca fidelidade partidária, a barganha por votos favoráveis teve que ser realizada individualmente com os parlamentares. Apesar das medidas tomadas pelo Governador para diminuir as perdas – como a solicitação de urgência, para garantir a pouca participação social e discussão interna e externa da medida, e a manobra para controlar os principais cargos da Mesa Diretora, conseguindo um andamento favorável e aliados na relatoria das principais comissões – os custos para aprovação da Lei das Organizações Sociais foram altos. O Governador Sérgio Cabral foi capaz de levar a frente a medida porque, ao contrário de seus predecessores, contava com um excedente orçamentário de cerca de 1,5 bilhão em 2011, proveniente das receitas do petróleo, disponível para a compra de apoio legislativo. *Royalties* e participações especiais) são inscritas no orçamento como receitas correntes patrimoniais e, por isso não são vinculadas a nenhum tipo de despesa específica.

Todo esse processo levou a criação de uma ficção jurídica, uma forma simples de burlar as normas da administração pública visando os benefícios de uma autonomia gerencial sem o devido controle público. Como bem demonstra a experiência fluminense, mesmo se desconsiderarmos os desvios de recursos dos quais a gestão de Sérgio Cabral e Sérgio Côrtes são acusadas, o crescimento da adoção das OSs no SUS tem como face oculta a criação de mais um dos tantos mecanismos de patrocínio de subsídios cruzados no interior do sistema de saúde brasileiro, em que o sistema público fica responsável por garantir lucros do sistema privado.

Passados seis anos da aprovação do projeto e muitos escândalos de corrupção envolvendo o modelo depois, a oposição à administração privada de serviços públicos voltou a se organizar. O CES-RJ aprovou, em reunião extraordinária, moção pela suspensão imediata das atividades das OSs no Rio de Janeiro. A ALERJ, por sua vez, aprovou em junho de 2016

relatório final da auditoria realizada pelas Comissões de Orçamento e Tributação nos contratos das Organizações Sociais de Saúde (OSs) com o Governo do Rio, entre os anos de 2010 e 2015. A principal medida proposta no documento foi que a Fundação Estadual de Saúde, criada em 2007, assumira a administração das 29 UPAs que atualmente são geridas pelas OSs. O TCE também já instaurou auditoria própria e o MPERJ investiga o Sérgio Cabral e Sérgio Côrtes por desvio de verbas e corrupção passiva no caso das OSs.

Esperamos que os resultados obtidos por esta pesquisa ajudem a elucidar o processo de tomada de decisões na política de saúde fluminense. A tese termina aqui, a relevância dos problemas que nos levaram a escrevê-la, não. Permanece o caráter precário das soluções encontradas para o problema da gestão em saúde no Rio de Janeiro o que, de resto, é próprio das políticas sociais no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 41-67, jun. 2005.
- ABRUCIO, F. Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos anos FHC. In: ABRUCIO, F.; LOUREIRO, M. R. G. (Org.). **O Estado numa era de reformas: os anos FHC**, parte 2. Brasília: OCDE, OEA, Ministério do Planejamento, 2002.
- ABRUCIO, F. **Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 1998.
- ABRUCIO, F.; TEIXEIRA, M.; COSTA, V. O papel institucional da Assembleia Legislativa Paulista: 1995 a 1998. In: SANTOS, F. (Org.). **O Poder Legislativo nos Estados: diversidade e convergência**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001. p. 219-246.
- ACKRILL, R. et al. Ambiguity, multiple streams, and EU policy. **Journal of European Public Policy**, v. 20, n. 6, p. 871-887, 2013.
- ACOSTA A. M., SILVA LIMA, M. A. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 564-573, 2013.
- ALBUQUERQUE, E.; CASSIOLATO, J. **As especificidades do sistema de inovação do setor saúde: uma resenha da literatura como introdução a uma discussão sobre o caso brasileiro**. São Paulo: Estudos FeSBE I, USP, 2000.
- ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. d'A. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 28-38, dez. 2015.
- ALCANTARA, C.M. **O modelo gerencial: organizações públicas não-estatais e o princípio da eficiência**. Belo Horizonte: FÓRUM, 2009.
- ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP–Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun, 2009.
- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
- ALMEIDA, C.M. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 905-925, 2002.

AMORIN NETO, O.; SANTOS, F. O Rio de Janeiro e o Estado Nacional (1946-2010). **Dados**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 467-496, 2013.

ANDERSON, J. E. **Public Policymaking**. New York: Praeger, 1975.

ANDREAZZI, M. F. Mercado de Saúde Suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: MONTONE, J.; WERNECK, A. (Org.) **Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004. p.121-46.

\_\_\_\_\_. Recuperação de custos em unidades públicas de saúde: uma contribuição para o debate sobre novas formas de financiamento. **RAP: Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 153-190, 1997.

\_\_\_\_\_.; BRAVO, M.I. Privatização da gestão e organizações sociais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014.

\_\_\_\_\_.; TURA, L.F. **Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos**. Rio de Janeiro: Ed. Anna Néry, 1999.

AROUCA, S. Reforma sanitária brasileira. **Tema/Radis**, Rio de Janeiro, n. 11, p. 2-4, 1988.

ARRETCHE, M. Emergência e desenvolvimento do *Welfare State*: teorias explicativas. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)**, v. 39, p. 3-40, 1995.

\_\_\_\_\_. Continuidades e discontinuidades da Federação Brasileira: de como 1988 facilitou 1995. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, 2009.

\_\_\_\_\_. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

\_\_\_\_\_. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

\_\_\_\_\_. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-457, 2002.

\_\_\_\_\_. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-141, 1999.

\_\_\_\_\_. Toward a unified and more equitable system: health reform in Brazil. In: KAUFMAN, R.R.; NELSON, J.M. (Eds.). **Crucial needs, weak incentives**. Washington, DC: Woodrow Wilson Center Press, 2010. p. 155 -188.

ARTS, B; TATENHOVE, J. V. Policy and power: a conceptual framework between the 'old' and 'new' policy idioms. **Policy sciences**, v. 37, n. 3, p. 339-356, 2004.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO (ALESP). **Parecer da comissão parlamentar de inquérito sobre remuneração dos serviços médico-hospitalares**. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, 2008. Disponível

em: <<http://fopspr.files.wordpress.com/2010/08/sub-relatoriocpi-rsmh-oss-hosp-publicos.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2012.

ATUN, R. et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. **The Lancet**, v. 385, n. 9974, p. 1230-1247, 2015.

AZEVEDO, F. A. Agendamento da política. In: RUBIM, A. A. C. (Org.). **Comunicação e política: conceitos e abordagens**. Salvador: EdUFBA, 2004. p. 41-72.

AZEVEDO, F. A. Mídia e democracia no Brasil: relações entre o sistema de mídia e o sistema político. **Opinião Pública**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 88-113, maio 2006.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

\_\_\_\_\_. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-30, 2005.

\_\_\_\_\_. et al. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 921-929, dez./2004.

\_\_\_\_\_.; SCHEFFER, M. Planos e seguros privados de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

BAKER, L. C.; BROWN, L. D. The effect of Managed Care on Health Care providers. **NBER Working Paper**, Cambridge, MA, n. 5.987, p. 48, 1997.

BANCO MUNDIAL. **A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90**. Relatório do Banco Mundial. Washington, D.C., 1995

\_\_\_\_\_. **Brasil: novo desafio à saúde do adulto**. Relatório do Banco Mundial. Washington, D.C., 1991 (série de estudos do Banco Mundial sobre países).

\_\_\_\_\_. **Financiando os serviços de saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma**. Relatório do Banco Mundial. Washington, D.C., 1987.

\_\_\_\_\_. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1993: investindo em saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

BATLEY, R. A política da reforma na provisão de serviços públicos. **Caderno CRH**, Salvador, v. 16, n. 39, p. 25-53, 2003.

BÉLAND, D. Ideas and social policy: an institutionalist perspective. **Social Policy & Administration**, v. 39, p. 1-18, 2005.

BELLOFIORE, R. Marx and the macro-monetary foundation of microeconomics. In: BELLOFIORE, R.; TAYLOR, N. **The constitution of Capital**. Gordonsville: Palgrave, 2004. p. 170-216.

BENDOR, J.; MOE, T.M.; SHOTTS, K.W. Recycling the Garbage Can: an assessment of the research program. **The American Political Science Review**, v. 95, n. 1., p. 169-190, mar. 2001.

BENEVIDES, V.M. Terceiro setor: irregularidades na aplicação de recursos públicos e controle pelos Tribunais de Contas. **Boletim Governnet de transferências voluntárias**, Curitiba, v.4, n.37, p. 345-359, jun. 2008.

BERELSON, B. **Content analysis in communication research**. Glencoe, IL: Free Press, 1952. 220 p.

BERMAN, S. **The social democratic moment: ideas and politics in the making of Interwar Europe**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1998.

BILLINGS, J. et al. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Affairs**, v. 12, n. 1, p. 162-73, 1993.

BISPO JÚNIOR, J.P.; GERSCHMAN, S.V. Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 183-193, 2015. (ENSP. Impresso).

\_\_\_\_\_.; GERSCHMAN, S. V. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, dez. 2013, pp. 7-16.

BITTENCOURT, C. Discurso proferido na Sessão Ordinária de 24/08/2011 em discussão única em regime de urgência do Projeto de Lei 767/2011 de autoria do Poder Executivo (Mensagem 39/2011). Rio de Janeiro, ALERJ: 2011. Disponível em <https://goo.gl/eXy7Yj>.

BORGES, A. Federalismo, dinâmica eleitoral e políticas públicas no Brasil: uma tipologia e algumas hipóteses. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 12, n. 24, p. 120-157, ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Rethinking State Politics: the withering of State dominant machines in Brazil. **Brazilian Political Science Review**, v. 2, n. 1, p. 108-136, 2007.

BRAGA, J. C.; SILVA, P. L. Introdução, A mercantilização admissível e as políticas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. (Orgs.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Instituto de Economia/Unicamp, 2001.

BRANCO, V.S. **Além das boas intenções: benefícios fiscais, regulamentação e “accountability” dos provedores filantrópicos numa perspectiva comparada**. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2000.

BRANCO, V. Imunidade tributária e terceiro setor (filantrópico): por maior transparência e regulamentação. **Cadernos de Direito Tributario e Finanças Públicas**, v. 7, n.26, p. 31-42, 1999.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as

normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Projeto de lei complementar n.º 92-a, de 2007. Regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público.

\_\_\_\_\_. Lei no 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública.

\_\_\_\_\_. Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 2.705, de 3 de agosto de 1998. Define critérios para cálculo e cobrança das participações governamentais de que trata a Lei nº 9.478, de 6 de agosto de 1997, aplicáveis às atividades de exploração, desenvolvimento e produção de petróleo e gás natural, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.478, de 6 de agosto de 1997. Dispõe sobre a política energética nacional, as atividades relativas ao monopólio do petróleo, institui o Conselho Nacional de Política Energética e a Agência Nacional do Petróleo e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Decreto no 1, de 11 de janeiro de 1991. Regulamenta o pagamento da compensação financeira instituída pela Lei nº 7.990, de 28 de dezembro de 1989, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Lei nº 7.990, de 28 de dezembro de 1989. Institui, para os Estados, Distrito Federal e Municípios, compensação financeira pelo resultado da exploração de petróleo ou gás natural,

de recursos hídricos para fins de geração de energia elétrica, de recursos minerais em seus respectivos territórios, plataforma continental, mar territorial ou zona econômica exclusiva, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: MARE, 1995.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). **Gestão pública para um Brasil de todos: um plano de gestão para o governo Lula / Secretaria de gestão**. Brasília: MP, SEGES, 2003.

BRESSER PEREIRA, L. C. Prefácio. In: NUNES, E. **A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

BREWER, G. D.; DeLEON, P. **The Foundation of Policy Analysis**. Montrey: Brooks, Cole, 1983.

BRUHNS, H. O conceito de patrimonialismo e suas interpretações contemporâneas. **Revista Estudos Políticos**, n. 4, p. 61-77, 2012.

PAES, E. R. B. D. **Reforma do Estado no governo Fernando Henrique Cardoso (1995–2002): hegemonia, direito e tematização do moderno e do atraso em uma época de mudanças**. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

CABRAL, S. Justificativa do Projeto de Lei 1014/2007, que autoriza o Executivo a instituir as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP). **Mensagem n. 41**. Rio de Janeiro, 23 de outubro de 2007. Disponível em: <https://goo.gl/xLMsZQ>

CABRAL, S. Justificativa do Projeto de Lei 767/2011, dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, mediante contrato de gestão, e dá outras providências. **Mensagem n. 39** Rio de Janeiro, 16 de agosto de 2011. Disponível em <https://goo.gl/1oNsjV>

CAMPOS, G.W. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CAMPOS, L. A.; FERES JUNIOR, J.; DAFLON, V. T. Managing the public debate: O Globo newspaper and the affirmative action controversy. **Revista Brasileira de Ciências Políticas**, Brasília, n. 11, p. 7-31, ago. 2013.

CAPELLA, A.C. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, p. 87-124, 2007.

CARDOSO, F. H. **Autoritarismo e democratização**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1975.

CAREY, J. M.; SHUGART, M. S. Incentives to cultivate a personal vote: a rank ordering of electoral formulas. **Electoral studies**, v. 14, n. 4, p. 417-439, 1995.

CARPENTER, D. P. **The forging of Bureaucratic Autonomy**: reputations, networks, and policy innovation in executive agencies, 1862-1928. Princeton, NJ: Princeton University, 2001.

CARREIRÃO, Y. S.; PERONDI, E. Disciplina e coalizões partidárias na Assembleia Legislativa de Santa Catarina (1999-2006). **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 24, n. 71, p. 121-141, 2009.

CARRET, M. L. et al. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-28, jan. 2009.

CARVALHO NETO, A.A. Transferências de recursos do orçamento da União para organizações não governamentais: eficácia dos procedimentos de concessão e controle. **Revista do Tribunal de Contas da União**. Brasília, v.40, n.112, p. 7-18, maio/ago. 2008.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 93-112.

CEPERJ – CENTRO ESTADUAL DE ESTATÍSTICAS, Pesquisa e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro. Anuário Estatístico 2013. Disponível em: <<http://www.ceperj.rj.gov.br/ceep/anuarios.html>>. Acesso: maio de 2017.

CERVI, E. U. Produção legislativa e conexão eleitoral na Assembleia Legislativa do Estado do Paraná. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, v. 17, n. 32, p. 159-177, 2009.

CHESNAIS, F. O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos. In: CHESNAIS, François (Org.). **A finança mundializada**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2005. p. 35-68.

CIRINO, J. A.; TUZZO, S. A. Comunicação e Saúde: mídia como agente social de saúde. In: CONGRESSO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO CENTRO-OESTE. 17., 2015, Campo Grande. **Anais...** Campo Grande: INTERCOM, 2015.

COBB, R.W.; ELDER, C.D. **Participation in American Politics**: The dynamics of agenda-building. Baltimore e Londres: The Johns Hopkins University Press, 1983. 328p.

COHEN, B. C. **Press and foreign policy**. New Jersey: Princeton University Press, 2015.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**, São Paulo, n. 19, p. 123-140, nov. 1989.

COOK, F.L. et al. Media and agenda setting: effects on the public, interest group leaders, policy makers, and policy. **Public Opinion Quarterly**, v. 47, n. 1, p. 16-35, 1983.

CORDEIRO, H. A. **A indústria de saúde no Brasil**. Graal: Rio de Janeiro, 1980.

\_\_\_\_\_. **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CORREIA, M.V. Por que ser contra os novos modelos de gestão no SUS? In: BRAVO, M.I. et al. (Orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, 2011. p. 43-49.

\_\_\_\_\_. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. **Temporalis**, Recife, n. 13, p. 11-38, jan.-jun./2007.

CÔRTEZ, S.V. **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009a.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1626-1633, jul. 2009b.

COSTA, L. A.; NEVES, J. A. Burocracia e inserção social: um estudo sobre o Ministério da Saúde na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1117-1131, dez. 2013.

COSTA, N. Comunidade epistêmica e a formação da reforma sanitária no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 809-829, 2014.

COUTINHO, C.N. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: FLEURY, S. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez Editora/Abrasco, 1989. p. 47-60.

COUTO, C.G. A longa Constituinte: reforma do Estado e fluidez institucional no Brasil. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 51-86, 1998.

COUTO, M.I. **UPP e UPP Social: narrativas sobre integração na cidade**. 2016. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016.

COWLING, T. E. et al. Access to primary care and the route of emergency admission to hospital: retrospective analysis of national hospital administrative data. **BMJ Quality Safety**, v. 25, n. 6, p. 432-440, 2016.

CRUZ, J. L. Dinâmica socioeconômica e territorial no Estado do Rio de Janeiro contemporâneo. In: GERSCHMAN, S. V.; SANTOS, M. A. S. (Orgs.). **Saúde e políticas sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p. 23-62.

DA COSTA, L. I. et al. Fundamentos macroeconômicos nas perspectivas de Marx e Keynes: contribuições para a heterodoxia. **Brazilian Journal of Political Economy/Revista de Economia Política**, v. 36, n. 3, p. 603-621, jul.-set./2016.

DA SILVA, P.F.; BAPTISTA, T.W. Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 441-465, 2014.

DA SILVA, S.R. et al. Conselho Estadual de Saúde do Amapá: controle social como forma de empoderamento da sociedade. **PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, v. 4, n. 4, p. 59-67, 2012.

DEARING, J. W.; ROGERS, E. M. **Agenda-setting**. London: Sage Publications, 1996. (Communication Concepts; 6)

DEMEERS, L.; LEMIEUX, V. La politique québécoise de désengorgement des urgences, **Canadian Public Administration**, v. 41, n. 4, p. 501-528, 1998.

DI PIETRO, M.S. **Direito administrativo**. São Paulo, Atlas: 2014.

DINIZ, E. Em busca de um novo paradigma: a reforma do Estado no Brasil dos anos 90. **São Paulo em Perspectiva**, v. 10, n. 4, p. 13-26, out./dez. 1996.

DOMINGUES, J. M. A dialética da modernização conservadora e a nova história do Brasil. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 459-482, 2002.

\_\_\_\_\_. Patrimonialismo e neopatrimonialismo. In: AVRITZER, L. et al. **Corrupção: ensaio e críticas**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008. p. 187-192.

DOMINGUES, M. P. Espírito Santo: produção legal e relações entre os Poderes Executivo e Legislativo entre 1995 e 1998. In: SANTOS, F. (Org.). **O Poder Legislativo nos Estados: diversidade e convergência**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001. p. 85-112.

DONELAN, K. et al. The cost of health system change: public discontent in five nations: amid widely divergent systems and cultural norms of health care, citizens express surprisingly similar concerns about the future. **Health Affairs**, v. 18, n. 3, p. 206-16, 1999.

DOS SANTOS, W.G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Editora Campus, 1979.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, fev. 2011.

DOURADO, I.; MEDINA, M. G.; AQUINO, R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, nov. 2016.

DRAIBE, S. **Rumos e metamorfoses: um estudo sobre a constituição do Estado e as alternativas da industrialização no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

DURÁN, P. R. F. Controle social, participação e representação no SUS estadual: um estudo de caso sobre o Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (2003-2010). **Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, Rio de Janeiro, n. 6, p. 97-116, 2015.

\_\_\_\_\_. Dilemas da participação social nos Conselhos de Saúde: o papel político dos conselheiros no âmbito estadual do Rio de Janeiro. **Desigualdade & Diversidade**, edição dupla, n. 12, p. 61-90, jan./dez. 2013.

ENTMAN, R. M. Symposium framing US coverage of international news: contrasts in narratives of the KAL and Iran air incidents. **Journal of communication**, v. 41, n. 4, p. 6-27, 1991.

\_\_\_\_\_. Framing: toward clarification of a fractured paradigm. In: LEVY, M.; GUREVITCH, M. (Eds.). **Defining Media Studies**. New York: Oxford University Press, 1994. p. 293-300.

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do *Welfare State*. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 85-116, set. 1991.

\_\_\_\_\_. **Social Foundations of Postindustrial Economies**. New York: Oxford, 1999.

EVANS, P. O Estado como problema e solução. **Lua Nova**, São Paulo, n. 28-29, p. 107-157, abr. 1993.

EVANS, P. **Embedded autonomy**: States and industrial transformation. Princeton University Press, 1995. 344 p.

EVANS, P.; RAUCH, J. Bureaucracy and growth: a cross-national analysis of the effects of “Weberian” state structures on economic growth. **American Sociological Review**, v. 64, n. 5, p. 748-765, 1999.

FALEIROS, V. P. et al. **A construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FARAH, M. F. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 119-44, jan./fev. 2001.

FAVERET FILHO, P; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 139-162, jun. 1990.

FENASAÚDE – FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE Suplementar. **Boletim da Saúde Suplementar** – Beneficiários de planos e seguros privados de saúde. 2. ed. Edição Especial, abr. 2016.

FÉLIX, C. A. Limites do enquadramento: desafios metodológicos para a análise da mídia impressa. In: LERNER, K. (Org.). **Saúde e jornalismo**: interfaces contemporâneas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 113-132.

FERNANDES, A. G. **Royalties do petróleo e Orçamento Público**: uma nova teoria. Editora Blucher: São Paulo, 2016. (Série de Direito Financeiro)

FERREIRA FILHO, M.G. Significação e alcance das “cláusulas pétreas”. **Revista de Direito Administrativo**, v. 202, p. 11-17, 1995.

FIGUEIREDO, A.; LIMONGI, F. Bases institucionais do presidencialismo de coalizão. **Lua Nova**, n.44, p. 81-106, 1998.

FIGUEIREDO, A.; LIMONGI, F. Presidencialismo e Apoio Partidário no Congresso. **Monitor Público**, v. 8, n. 3, p. 27-35, 1996.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. **Executivo e Legislativo na Nova Ordem Constitucional**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. O Congresso e as medidas provisórias: abdicação ou delegação?. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, n. 47, p. 127-154, 1997.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

\_\_\_\_\_.; OUVERNEY, A. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 23-64.

FRAGA, M.N. et al. Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 207-211, 2006.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas (IPEA)**, Brasília, v. 21, p. 211-259, 2000.

GADELHA, C.A. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

\_\_\_\_\_.; QUENTAL, C.; FIALHO, B. C. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-59, fev. 2003.

GAMSON, W. **Talking politics**. New York: Cambridge University Press, 1995.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012.

GEDDES, B. **Politician's dilemma**: building State capacity in Latin America. Berkeley, CA: University of California Press, 1994.

GERSCHMAN, S. V. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, dez. 2004.

\_\_\_\_\_. Formulação e implementação de políticas no Estado do Rio de Janeiro. In: UGÁ, D. M.; et al. (Org.). **A gestão do SUS no âmbito estadual**: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

\_\_\_\_\_. Política e gestão da saúde no Governo do Estado do Rio de Janeiro. In: GERSCHMAN, S. V.; SANTOS, M. A. (Orgs.). **Saúde e políticas sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p. 30-51.

\_\_\_\_\_. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Europeia e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1127-1137, 2008.

\_\_\_\_\_. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. VIANNA, M.L. (Org.). **A miragem da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

\_\_\_\_\_.; CASTANHEIRA, D. Formulação e implementação da política de saúde no Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 86-117, 2013.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_.; O papel da Assembleia Legislativa Estadual do Rio de Janeiro (ALERJ) na formulação da política e regulamentação da saúde no estado. In: GERSHMAN, S. V.; SANTOS, M. A. (Orgs.). **Saúde e políticas sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p. 120-139.

\_\_\_\_\_.; SANTOS, M.A. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das Políticas de Saúde do Século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21, p. 177-190, 2006.

GIBSON, R. Out of control and beyond understanding: Acid Rain as a political dilemma. In: PAEHLKE, R.; TORGERSON, D. (Orgs.). **Environmental Politics and the Administrative State**. Peterborough: Broadview Press, 1990. p. 243-282.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GITLIN, T. **Mídias sem limite**: como a torrente de imagens e sons domina nossa vida. São Paulo: Record, 2003.

GLASER, B; STRAUSS, A. Grounded theory: the discovery of grounded theory. **Sociology: The Journal Of The British Sociological Association**, v. 12, p. 27-49, 1967.

GLAZER, N. Reform work, not welfare. **The Public Interest**, v. 40, n. 3, 1975.

GLIED S. Managed Care. **Working paper n° 7205**. NBER Working Paper Series: Cambridge, MA, 1999. 56p.

GOFFMAN, E. **Frame analysis**: an essay on the organization of experience. Harvard University Press, 1974.

GOMES, F.G. Conflito social e *Welfare State*: Estado e desenvolvimento social no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 2, p. 201-234, 2006.

GOUGH, I. Welfare regimes: on adapting the framework to developing countries". Global Social Policy Program. **Discourse: A Journal of Policy Studies**, v. 3, n.1, p. 1–18, 1999.

GRAÇA, L. F. **O Governo do Estado e a Assembleia Legislativa**: entre submissão e os limites da independência. Curitiba: Appris, 2016.

GROHMANN, L.G. O processo legislativo no Rio Grande do Sul: 1995 a 1998. In: SANTOS, F. (Org.). **O Poder Legislativo nos Estados**: diversidade e convergência. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001. p. 113-162.

GRYNSZPANM, W. **Políticas sociais e hegemonia**: um estudo sobre o processo de formulação da proposta de reforma sanitária. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2005.

GUIMARÃES, J.M. et al. Social participation in mental health: space of construction of citizenship, policy formulation and decision making. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2113-2122, 2010.

GURGEL, C.; JUSTEN, A. Controle social e políticas públicas: a experiência dos Conselhos Gestores. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, p. 357-378, abr. 2013.

HAAS, P. M. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. **International organization**, v. 46, n. 1, p. 1-35, 1992.

HALL, A. Reading realism: audiences' evaluations of the reality of media texts. **Journal of Communication**, v. 53, n. 4, p. 624-641, 2003.

HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. Political Science and the Three New Institutionalisms. **Political Studies**, v. 44, n. 5, p. 936-957, 1996.

HALL, R. H. The concept of bureaucracy: an empirical assessment. **American Journal of Sociology**, v. 69, n. 1, p. 32-41, 1963.

HARVEY, D. **O enigma do capital e as crises do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2011.

\_\_\_\_\_. **Os limites do capital**. São Paulo: Boitempo, 2013.

HESTER, J.B; GIBSON, R. The agenda-setting function of national versus local media: a time-series analysis for the issue of same-sex marriage. **Mass Communication & Society**, v. 10, n. 3, p. 299-317, 2007.

HIRSCH, J. Observações teóricas sobre o Estado burguês. In: POULANTZAS, N. (Ed.). **Estado em Crise**. Rio de Janeiro: Graal, 1977. p. 85-111.

HORNE, J.R. **A social laboratory for modern France**: the social museum and the rise of the *Welfare State*. Durham, NC: Duke University Press, 2002.

HOWLETT, M. A dialética da opinião pública: efeitos recíprocos da política pública e da opinião pública em sociedades democráticas contemporâneas. **Opinião Pública**, v. 6, n. 2, p. 167-186, 2000.

\_\_\_\_\_.; RAMESH, M. **Studying public policy**. Toronto: Oxford University Press, 1995.

IAMAMOTO, M.V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo. In: MOTA, A.E. et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Opas, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 1-37.

IKENBERRY, G. The international spread of privatization policies: inducements, learning, and Policy Bandwagoning. In: SULEIMAN, E.; WATERBURY, J. (Eds.). **The political economy of public sector reform and privatization**. Boulder, CO: Westview, 1990. p. 88-110.

IVO, A.B. Agências multilaterais de desenvolvimento e comunidades epistêmicas. **Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades**, n. 235, p. 129-152, 2015.

IYENGAR, S. **Is anyone responsible?** How television frames political issues. Chicago: University of Chicago Press, 1994.

JANN, W; WEGRICH, K. Theories of the policy cycle. In: FISCHER, F; MILLER, G.J. (Ed.). **Handbook of public policy analysis: theory, politics and methods**. Florida: CRC Press, 2006. p. 43-62.

JASANOFF, S; WYNNE, B. Science and decision-making. In: RAYNER, S.; E. L. MALONE, E.L. (Eds.). **Human choice and Climate Change**. Columbus, OH: Battelle Press, 1998. p. 1-87. (The Societal Framework; 1)

JENKINS, W. I. **Policy-Analysis: a political and organizational perspective**. London: Martin Robertson, 1978.

JESSOP, R.D. The State and the State Building. In: RHODES, R.A.; BINDER, S.A.; ROCKMAN, B.A. (Orgs.). **The Oxford Handbook of Political Institutions**. Oxford University Press: New York, 2006. p. 111-130.

\_\_\_\_\_. **The future of the capitalist State**. Cambridge: Polity, 2002.

JOHN, P. **Analyzing public policy**. 3. ed. London: Routledge, 2013.

KAHNEMAN, D.; TVERSKY, A. Choices, values, and frames. **American Psychologist**, v. 39, n. 4, p. 341-350, 1984.

KATZENSTEIN, P. **Cultural norms and National Security: police and the military in postwar Japan**. Ithaca, NY: Cornell University Press, 1996.

KING, D. S. O Estado e as estruturas sociais de bem-estar em democracias industriais avançadas. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, n. 22, p. 53-76, out. 1988.

KINGDON, J.W. **Agenda, Alternatives and Public Policies**. Boston: Little Brown, 1984.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 2. ed. Essex: Pearson, 2014.

KLEIN, E.P.; ZIONI, F. A coordenação política das relações intergovernamentais no sistema único de saúde do acre de 1990 até 2008. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 3, 2013.

- KNAGGARD, A. Framing the problem: knowledge-brokers in the Multiple-Streams Framework. In: ZOHLNHÖFER, R; RÜB, F. W. (Eds). **Decision-Making under ambiguity and time constraints assessing the Multiple-Streams Framework**. Colchester: ECPR, 2016.
- KONDER, M.T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 525-545, 2015.
- KRIEGER N. A Glossary for social epidemiology. **Journal of Epidemiology & Community Health**, n. 55, p. 693-700, 2001.
- LABRA, M. E. **Apontamentos para responder à questão: “as origens contratualistas das recentes teorizações sobre o neocorporativismo”**. Rio de Janeiro: Iuperj, 1990.
- LAKOFF, G. **Don't think of an elephant**. White River Junction: Chelsea Green Publishing, 2004. 144p.
- LASSWELL, H.D. **Politics: who gets what, when, how**. New York: P. Smith, 1950.
- LEAL, R.M. O mercado de saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia: Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento, 2014.
- LEVCOVITZ, E. et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.
- LIMA, L.D. et al. Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 595-606, fev. 2015.
- \_\_\_\_\_. et al. A regionalização da saúde no Estado do Rio de Janeiro. In: GERSHMAN, S. V.; SANTOS, M. A. (Orgs.). **Saúde e políticas sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p.137-158.
- LIMONGI, F.; FIGUEIREDO, A. Bases institucionais do presidencialismo de coalizão. **Lua Nova**, São Paulo, n. 44, p. 81-106, 1998.
- LINDBLOM, C.E. The science of “muddling through”. **Public Administration Review**, v. 19, n. 2, p. 79-88, 1959.
- LIPIETZ, A. **Towards a new economic order: postfordism, ecology and democracy**. New York: Oxford University Press, 1992.
- LOBATO, L. Algumas considerações sobre a representação de interesses no processo de formulação de políticas públicas. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Eds.). **Políticas públicas**. Brasília: ENAP, 2006. (Coletânea; 1)
- LOUREIRO, M. A. Instituições Políticas e ajuste fiscal: o Brasil em perspectiva comparada. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, vol. 16, n. 47, p. 75-96, 2001.

LUKÁCS, G. **Para uma ontologia do ser social**, vol. I. São Paulo: Boitempo, 2012.

MACHADO, C. V. et al. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 1-14, 2016.

\_\_\_\_\_. Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: as experiências recentes. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-197, 2001.

MACHADO, I. B. Percepções sobre o SUS: o que a mídia mostra e o revelado em pesquisa. In: LERNER, K. (Org.). **Saúde e jornalismo: interfaces contemporâneas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

MACHADO, J. A.; PALOTTI, P. L. M. Entre cooperação e centralização: federalismo e políticas sociais no Brasil pós-1988. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 61-82, 2015.

MAHMOOD, Q.; MUNTANER, C. Politics, class actors, and health sector reform in Brazil and Venezuela. **Global Health Promotion**, v. 20, n. 1, p. 59-67, 2013.

MAJONE, G. **Evidence, argument and persuasion in the Policy Process**. New Haven: Yale University Press, 1989.

MANIN, B. **The principles of representative government**. New York: Cambridge University Press, 2002.

MARCH, J.G.; OLSEN, J.P. **Institutional perspectives on governance**. Suffolk: ARENA, 1994.

MARCH, J.G.; OLSEN, M; COHEN, J. A garbage can model of organizational choice. **Administrative Science Quarterly**. N. 17, p. 1-25, 1972.

MARQUES, E.C. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, v. 43, n. 1, p. 67-102, 1997.

MARQUES, E. C. Estado e redes sociais: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro. São Paulo: Editora Revan/FAPESP, 1999.

MARTEN, R. et al. An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS). **The Lancet**, v. 384, n. 9960, p. 2164-2171, 2014.

MARTINS, H.F. Em busca de uma teoria da burocracia pública não-estatal: política e administração no terceiro setor. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 109-128, set./dez. 1998.

MARX, K. **O capital**. Livro III. São Paulo: Boitempo, 2013.

MAY, J. P.; WILDAVSKY, A. **The policy cycle**. Berverly Hills: Sage, 1978.

McADAM, D. et al. Introduction: opportunities, mobilizing structures, and framing processes: toward a synthetic, comparative perspective on social movements. In: \_\_\_\_\_. et al. (Eds.). **Comparative perspectives on social movements: political opportunities, mobilizing structures, and cultural framings**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p. 1-22.

McCOMBS, M. **A Teoria da agenda**. São Paulo: Editora Vozes, 2009.

\_\_\_\_\_.; SHAW, D. L. The agenda-setting function of mass media. **Public Opinion Quarterly**, v. 36, n. 2, p. 176-187, 1972.

MEDEIROS, M. A trajetória do *Welfare State* no Brasil: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990. **Texto para Discussão n. 852**. Brasília: IPEA, 2001.

MELLO, J. M. **O capitalismo tardio**: contribuição à revisão crítica da formação e do desenvolvimento da economia brasileira. Campinas: Unicamp IE, 1998.

MELO, M.A. Escolha institucional e a difusão dos paradigmas de política: o Brasil e a segunda onda de reformas previdenciárias. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p. 169-205, 2004.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MENEGON, V. S. M. Crise dos serviços de saúde no cotidiano da mídia impressa. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, n. 20, edição especial, p. 32-40, 2008.

MENEZES, K. A representação do SUS na mídia. In: CLAUDOMILSON, F.; CIRINO, J. A. **Representações sociais e comunicação: diálogos em construção**. Goiânia: UFG/FIC/PPGCOM, 2015. p. 117-134.

MENICUCCI, T. M. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 72-87, ago. 2006.

MERCADANTE, O. et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 235-313.

MERTON, R.K. **Social theory and social structure**. New York: Simon and Schuster, 1968.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **PCCS – SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52 p.

MORAES, F. A dinâmica legislativa da Assembleia do Estado do Ceará: 1995-1998. In: SANTOS, F. (Org.). **O Poder Legislativo nos Estados: diversidade e convergência**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001. p. 163-188.

MOYSÉS, N. et al. Estrutura da rede de serviços de saúde: onde atuam os trabalhadores de saúde? In: MACHADO, M. H.; MOYSÉS, N.; OLIVEIRA, E. (Orgs.). **Trabalhadores de saúde em números**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 11-23. (v. 2)

MUCCIARONI, G. The garbage can model & the study of policy making: a critique. **Polity**, n. 24, p. 459-482, 1992.

NEGRI, B.; GIOVANNI, G. **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Instituto de Economia/Unicamp, 2001.

NERI, M.C. (Coord.). **A nova classe média**. Rio de Janeiro: FGV/Ibre, CPS, 2008.

NICOLAU, J. As distorções na representação dos Estados na Câmara dos Deputados brasileira. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 441-464, 1997.

NOELLE-NEUMANN, E. The spiral of silence a theory of public opinion. **Journal of communication**, v. 24, n. 2, p. 43-51, 1974.

NOGUEIRA, R.P. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D. (Orgs.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 24-47.

NORDHAUS, W. D. An economic theory of technological change. **The American Economic Review**, v. 59, n. 2, p. 18-28, 1969.

NUNBERG, B. Leading the horse to water: transnational inducements in administrative reform. In: PERRY, J. (Ed). **Comparative Civil Service**. Bloomington, IN: Indiana University Press, 1999. p. 05-18.

NUNES, E. **A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

NUNES, F. Convergência partidária e base parlamentar: o comportamento dos partidos na Assembleia Legislativa de Minas Gerais entre 1995 e 2005. **Cadernos da Escola do Legislativo**, v. 10, n. 15, p. 83-130, 2008.

OFFE, C. **Capitalismo desorganizado: transformações contemporâneas do trabalho e da política**. São Paulo, Brasiliense, 1989.

\_\_\_\_\_. Dominação de classe e sistema político: sobre a seletividade das instituições políticas. In: OFFE, C. **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. p. 140-177.

\_\_\_\_\_.; LENHARDT, G. **Social policy and the theory of the State: contradictions of the Welfare State**. Massachusetts: MIT Press, 1984.

OLIVEIRA, V. C. Os sentidos da saúde nas mídias jornalísticas impressas. **Reciis**, v. 6, n. 4, 2012.

\_\_\_\_\_. A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 7, p. 71-80, 2000.

OLIVEIRA, V. E. Poder judiciário: árbitro dos conflitos constitucionais entre estados e união. **Lua Nova**, São Paulo, n. 78, p. 223-250, 2009.

OLSON, M. Jr.; SARNA, N.; SWAMY, A. V. Governance and growth: a simple hypothesis explaining cross-country differences in productivity growth. **Public Choice**, v. 102, n. 3-4, p. 341-364, 2000.

\_\_\_\_\_. **Logic of collective action: public goods and the theory of groups**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1965. (Harvard Economic Studies; 124).

PAHIM, M.L. **Organizações Sociais de Saúde do Estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde**. 2009. 150 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e a municipalização. **Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 2, p. 29-47, 1992.

\_\_\_\_\_. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

\_\_\_\_\_. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

\_\_\_\_\_. **Reforma sanitária brasileira: contribuições para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PALMARES, G. Discurso proferido na Sessão Ordinária de 24/08/2011 em discussão única em regime de urgência do Projeto de Lei 767/2011 de autoria do Poder Executivo (Mensagem 39/2011). Rio de Janeiro, ALERJ: 2011. Disponível em <https://goo.gl/eXy7Yj>.

PARSONS, W. **Public policy: an introduction to the theory and practice of policy analysis**. Cheltenham: Northampton, 1995.

PASCHE, D.F. The necessary reform of the Brazilian National Health Care System: innovations for public health policy sustainability. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 312-314, 2007.

PEREIRA, A.R. Por baixo dos panos: governadores e assembleias no Brasil contemporâneo. Vitória: EDUFES, 2014.

\_\_\_\_\_. Sob a ótica da delegação: governadores e assembleias no Brasil pós-1989. In: SANTOS, F. (Org.). **O Poder Legislativo nos Estados: diversidade e convergência**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001. p. 245-287.

PETERS, G. **The politics of bureaucracy**. Londres: Longman Publishers USA, 1995.

PIERANTONI, C.R. et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

PIERSON, C. **‘Late Industrialisers’ and the development of the *Welfare State*** – UNRISD. Background paper for the Project “Social Policy in a development Context”. Genève: UNRISD, 2003.

PINTO, N.R. et al. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 927-938, 2009.

PIOVESAN, M.F.; LABRA, M.E. Mudança institucional e processo de decisão política: a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1373-1382, 2007.

POCHMANN, M. Proteção social na periferia do capitalismo: considerações sobre o Brasil. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 3-16, 2004.

PORTO, M. Enquadramentos da mídia e política. In: RUBIM, A. A. C. (Org.). **Comunicação e política: conceitos e abordagens**. Salvador: EdUFBA, 2004. p. 73-104.

POULANTZAS, N. **O Estado, o poder, o socialismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

\_\_\_\_\_. Poulantzas: sociologia. In: SILVEIRA, P. (Org. da coletânea) **Coleção Grandes Cientistas Sociais**. São Paulo: Ática, 1984

PRZEWORSKI, A; WALLERSTEIN, M. O capitalismo democrático na encruzilhada. **Novos Estudos**, São Paulo, v. 3, n. 22, p. 29-44, out. 1988.

QUADROS, W.L. A renúncia fiscal ao segmento de assistência médica suplementar: a experiência brasileira em perspectiva comparada. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Documentos elaborados para o Fórum de Saúde Suplementar: financiamento do setor e a regulação de preços e reajustes**. Rio de Janeiro: ANS, 2000. p. 01-14.

REJANE, E. Discurso proferido na Sessão Ordinária de 24/08/2011 em discussão única em regime de urgência do Projeto de Lei 767/2011 de autoria do Poder Executivo (Mensagem 39/2011). Rio de Janeiro, ALERJ: 2011. Disponível em: <https://goo.gl/U65em6>.

RIBEIRO, A. C. Regionalização: fato e ferramenta. In: LIMONAD, E.; HAESBAERT, R.; MOREIRA, R. (Org.). **Brasil, século XXI – por uma nova regionalização?** agentes, processos e escalas. São Paulo: Max Limonad, 2004. p. 194-212.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesse no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 81-92, jan./mar. 1997.

RIO DE JANEIRO. (ESTADO). Lei nº 6043, de 19 de setembro de 2011. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, no âmbito da saúde, mediante contrato de gestão, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Lei nº 5164 de 17 de dezembro de 2007. Autoriza o poder executivo a instituir a “fundação estatal dos hospitais gerais”, a “fundação estatal dos hospitais de urgência” e a “fundação estatal dos institutos de saúde e da central estadual de transplante”, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Lei nº 3948, de 11 de setembro de 2002. Dispõe sobre o plano de cargos, carreiras e salários - pccs, do pessoal da área de saúde do estado do rio de janeiro e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 71, de 15 de janeiro de 1991. Estrutura, regulamenta e dá outras atribuições ao conselho estadual de saúde, de que trata o inciso IV do art. 286 (atual 289) da constituição do Estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Processo 40/5881/2011. Inspeção Extraordinária no Contrato de Gestão no .02/2009 com a OS Fiotec. Rio de Janeiro, 2011.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Acórdão nas arguições de inconstitucionalidade Nº 0035410-08.2009.8.19.0000 (2009.017.00034) e Nº 0002831-36.2011.8.19.0000 – JULGAMENTO CONJUNTO. Relator: DES. J. C. MURTA RIBEIRO. Disponível em <http://www4.tjrj.jus.br/ejud/ConsultaProcesso.aspx?N=200901700034>. Acesso em 16/02/2017.

RUESCHENMEYER, D; EVANS, P. The state and economic transformation: toward an analysis of the conditions underlying effective intervention. In: EVANS, P; RUESCHENMEYER, D; SKOCPOL, T. **Bringing the State Back In**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985. p. 44-77.

SALVADOR, E. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 104, p. 605-631, dez. 2010.

SANCHO, L. G. et al. The health regionalization process from the perspective of the transaction cost theory. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1121-1130, abr. 2017.

SANTOS, F. A dinâmica legislativa no Estado do Rio de Janeiro: análise de uma legislatura. In: SANTOS, F. (Org.). **O Poder Legislativo nos Estados: diversidade e convergência**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001. p. 163-188.

\_\_\_\_\_. Patronagem e poder de Agenda na Política Brasileira. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, s/p., 1997.

\_\_\_\_\_. **O poder legislativo no presidencialismo de coalizão**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

SANTOS, I. S. et al. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. In: GADELHA, P.; NORONHA, J.; PEREIRA, T. M. (Orgs.). **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial**, vol. 4. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 73-131.

\_\_\_\_\_. et al. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, 2008. p. 1431-1440.

SANTOS, M. A.; GERSCHMAN, S.V. A segmentação da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, jul.-set./2004.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 177-190, jun. 2006.

SARAVIA, E. Introdução à análise de políticas públicas. SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Eds.). **Políticas públicas**. Brasília: ENAP, 2006. p. 28-29. (Coletânea; 1)

SARLET, I.W. Os direitos fundamentais sociais como “cláusulas pétreas”. **Cadernos de Direito**, v. 3, n.5, p. 78-97, 2011.

SCATENA, J. H. G. et al. (Org.). **Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

SCHATTSCHEIDER, E. E. **The Semisovereign People. A Realist's View of Democracy in America**. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1960.

SCHEUFELE, D.A.; TEWKSBURY, D. Framing, agenda setting, and priming: the evolution of three media effects models. **Journal of communication**, v. 57, n.1, p. 9-20, 2007.

SCHMIDT, V.A. **The futures of European capitalism**. Oxford: Oxford University Press, 2002.

SCHNEIDER, B. R. Framing the state: economic policy and political representation in post-authoritarian Brazil. In: WIRTH, J. D.; NUNES, E. O.; BOGENSCHILD, T. E. (Eds.). **State and society in Brazil: continuity and change**. Boulder, CO: Westview, 1987. p. 214-255.

SCHÖN, D. A.; REIN, M. **Frame reflection: toward the resolution of in-tractable policy controversies**, New York: BasicBooks, 1994.

SILVA, I. F. **O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no estado do Rio de Janeiro**. 2000. Dissertação (Mestrado em saúde pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

\_\_\_\_\_.; LABRA, M. E. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 161- 170, jan./fev., 2001.

SILVA, M.S. **As Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) no Sistema Único de Saúde: aspectos da relação público-privado e os mecanismos de controle**. 2012. 99 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, R. D.; MATOS, M. V. Petróleo e desenvolvimento regional: o Rio de Janeiro no pós-boom das commodities. **Revista de Desenvolvimento Econômico**, Salvador, v. 2, n. 34, p. 704-722, ago. 2016.

SILVERMAN, M. **Optimización del proceso de Referencia y Contrarreferencia entre los niveles de la atención. Evaluación de la implementación de un sistema de comunicación electrónico**. Maestría en Salud Pública, orientación en Sistemas Municipales. Universidad Nacional de la Plata. Argentina. 2007.

SIMON, H.A. A behavioral model of rational choice. **The Quarterly Journal of Economics**, v. 69, n. 1, p. 99-118, 1955.

\_\_\_\_\_. **Administrative behavior**: a study of decision making processes in administrative organization. 3. ed. New York: Free Press, 1976.

SIRVENT, M. T. **Cultura popular y participación Social**: una investigación en el barrio de Mataderos (Buenos Aires). Buenos Aires-Madrid: Miño y Dárila Editores, 1999.

SKOCPOL, T. **State and social revolutions**. Cambridge: Cambridge University Press, 1979.

SOBRINHO, L. **Das bocas famintas às sorridentes**: uma análise da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

SODRÉ, N. W. **Formação histórica do Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1962.

SORANZ, D. et al. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, maio 2016.

SOUZA, C. **Capacidade burocrática no Brasil e na Argentina: Quando a política faz a diferença**. Texto para discussão 2035/ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília. Rio de Janeiro: Ipea, 2015.

SOUZA, C. **Constitutional Engineering in Brazil**: the politics of Federalism and Decentralization. Ipswich: Palgrave Macmillian, 1997.

\_\_\_\_\_. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G. et al. (Orgs). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65-86.

\_\_\_\_\_. Redemocratization and decentralization in Brazil: the strength of the Member States. **Development and Change**, v. 27, n. 3, p. 529-555, 1996.

SOUZA, L. E. A agenda atual da Reforma Sanitária Brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1017-1021, 2014.

SOUZA, M. M. A transposição de teorias sobre a institucionalização do *Welfare State* para o caso dos países subdesenvolvidos. **Texto para discussão nº 695**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

SPECTOR, M.; KITSUSE, J. I. **Constucting social problems**. New York: Aldine de Gruyter, 1987.

STONE, D. **Policy paradox**: the art of political decision-making. 2. ed. New York: W. W. Norton, 2002.

TANG, N. et al. Trends and characteristics of US emergency department visits, 1997-2007. **JAMA**, v. 304, n. 6, p. 664-670, 2010.

TARLOV, A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (Eds.). **Health and Social Organization**. London: Routledge, 1996. p. 71-93.

TARROW, S. **Power in movement**: social movements, collective action and politics. New York: Cambridge University Press, 1994.

TEIXEIRA, S.M. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 472-480, out./dez. 2009.

TEIXEIRA, Z. Discurso proferido na Sessão Ordinária de 24/08/2011 em discussão única em regime de urgência do Projeto de Lei 767/2011 de autoria do Poder Executivo (Mensagem 39/2011). Rio de Janeiro, ALERJ: 2011. Disponível em <https://goo.gl/eXy7Yj>.

TEMPORÃO, J. G. **Complexo industrial da saúde**: público e privado na produção e consumo de vacinas no Brasil. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2002.

TILLY, C. **Big structures, large processes, huge comparisons**. New York: Russel Sage Foundation, 1992.

TOMIO, F.; RICCI, P. A conexão eleitoral no contexto das assembleias legislativas estaduais brasileiras: mito ou realidade? CONGRESS OF THE LATIN AMERICAN STUDIES ASSOCIATION, Rio de Janeiro: LASA, 2009.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. Instituições e decisões: estudo comparativo do processo legislativo nas assembleias estaduais. ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIA POLÍTICA, 7., Recife, 2010.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. O governo estadual na experiência política brasileira: os desempenhos legislativos das assembleias estaduais. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, v. 21, n. 41, p. 193-217, 2012.

TSEBELIS, G. Processo decisório em sistemas políticos: veto players no presidencialismo, parlamentarismo, multicameralismo e pluripartidarismo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 12, n. 34, p. 89-117, 1997.

UGÁ, M. A. et al. Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 832-838, 2009.

\_\_\_\_\_. et al. **Estudo dos prestadores hospitalares frente às práticas de micro-regulação das operadoras de planos de saúde** [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: ANS/ENSP; 2007. [Mimeo]

UGÁ, V. D. **A questão social como 'pobreza'**: crítica à conceituação neoliberal. Curitiba: Appris, 2011.

VACCA, G. Estado e mercado, público e privado. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 151-164, set. 1991.

VIANA, A. L.; LIMA, L. D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANNA, C. M. Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico-financeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 375-390, 2002.

VIANNA, L.W. Caminhos e descaminhos da Revolução Passiva à brasileira. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, s/p., 1996.

VIANNA, M. L. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**: estratégias de bem-estar e políticas públicas. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan/UCAM/IUPERJ, 2000.

VILLANUEVA, L.F. Estudio introductorio. In: VILLANUEVA, L.F. (Ed.). **La hechura de las políticas**. México: Porrúa, 1992. p. 10-22.

WALKER, J. L. Setting the agenda in the U.S. Senate: a theory of Problem Selection. **British Journal of Political Science**, v. 7, n. 4, p. 423-445, 1977.

WEIR, M; SKOCPOL, T. State structures and the possibilities for “Keynesian” responses to the Great Depression in Sweden, Britain and the United States. In: EVANS, P; RUESCHENMEYER, D; SKOCPOL, T. **Bringing the State Back In**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985. p. 107-163.

WILLIAMS, J. et al. The impact of campaign agendas on perceptions of issues. In: PROTESS, D.; McCOMBS, M. (Eds.). **Agenda Setting**: readings on Media, Public Opinion, and Policymaking. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1991. p. 251-259.

WOOLDRIDGE, J. M. **Econometric Analysis of Cross-Section and Panel Data**. Cambridge, MA: MIT Press, 2011.

OMS – WORLD Health organization. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. OMS/WHO, 1948.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Trends in hospital care. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007.

YIN, R. **Case study research**: design and methods. 3. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2003.

ZAHARIADIS, N. Ambiguity and Multiple Streams. In: SABATIER, P.A.; WEIBLE, C. (Eds.). **Theories of the policy process**. 3.ed. Boulder, CO: Westview Press, 2014. p. 25-58.

\_\_\_\_\_. **Ambiguity and choice in public policy**: political decision making in modern democracies. Washington, DC: Georgetown University Press, 2003.

\_\_\_\_\_. **Markets, states, and public policy**: privatization in Britain and France. University of Michigan Press, 1995.

\_\_\_\_\_. The Multiple Streams framework: structure, limitations, prospects. In: SABATIER, P.A. **Theories of the policy process**. Boulder, CO: Westview Press, 2007. p 65-92.

\_\_\_\_\_. **Theory, case, and method in Comparative Politics**. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company, 1996.

ZALLER, J. **The nature and origins of mass opinion.** New York: Cambridge University Press, 1992.